



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2009

**Diana Marta
Salgado e Sá**

O ACESSO DE PESSOAS IDOSAS E POBRES AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



**Diana Marta
Salgado e Sá**

O ACESSO DE PESSOAS IDOSAS E POBRES AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, sob a orientação científica da Professora Doutora Alcione Leite da Silva, Professora Associada Convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais, António e Maria, à minha irmã Gisela e aos meus avós, Franklim, Emília, Maria José e José António.

O júri

Presidente

Prof. Doutor António José Monteiro Amaro
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde

Prof^a. Doutora Maria dos Anjos Pereira Lopes F. veiga
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Prof^a. Doutora Alcione Leite da Silva (Orientadora)
Professora Associada Convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da
Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À Professora orientadora, Professora Doutora Alcione Leite da Silva, pela sua disponibilidade incondicional, pela sua força motivadora, positividade e entusiasmo. Agradeço ainda, o investimento e o acreditar em mim e neste trabalho.

A Deus, por ser o alicerce da minha vida.

Aos meus tios e primos, pela união familiar essencial ao meu bem-estar psíquico.

Aos meus amigos, o carinho, a atenção e o afecto que me demonstraram.

A todas as pessoas idosas que participaram neste estudo, a sua disponibilidade e amabilidade na colheita dos dados.

“Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

Fernando Pessoa

Palavras-chave

Acesso a cuidados de saúde, cuidados de saúde primários, pessoas idosas, estudo qualitativo

Resumo

Este estudo teve como objectivo explorar o acesso aos cuidados de saúde primários por um grupo de pessoas idosas e pobres em dois centros de saúde do Distrito do Porto, um Centro de Saúde Urbano (CSU) e um Centro de Saúde Rural (CSR). O referencial teórico foi baseado em estudos da literatura e no modelo comportamental do uso de serviços de saúde. Os dados qualitativos foram auferidos através de observação livre e entrevistas semi-estruturadas. A análise dos dados foi realizada com base no referencial teórico, com o apoio do programa de pesquisa qualitativa QSR INVivo. Os resultados deste estudo, demonstram que o acesso é realizado com regularidade. Os factores positivos deste acesso são: a gratuidade dos cuidados de saúde primários, o acolhimento dos profissionais - médicos(as), enfermeiros(as), recepcionistas e técnicos de saúde, a competência médica. Os aspectos negativos do acesso realizado detectados, neste estudo, são: custo da medicação que é pouco comparticipada, e por sua vez afecta o rendimento familiar; custo do tratamento provocado pela falta de especialistas de saúde.

As barreiras encontradas pelas pessoas idosas do CSU foram: estrutura física inadequada; a distância que percorrem para aceder; falta de estacionamento e de estacionamento gratuito; custo dos transportes públicos; baixa reforma e o tempo de espera para a consulta. Já as barreiras encontradas pelos participantes do CSR foram: tempo de espera prolongado para ter nova consulta; falta de transporte público relacionada com os poucos horários existentes; o horário de atendimento do centro de saúde e a falta de profissionalismo e competências dos enfermeiros.

O acesso efectivo é favorecido pelo facto das pessoas idosas se sentirem melhores com os cuidados de saúde e expressarem essa satisfação com os(as) profissionais envolvidos(as) neste cuidado. No entanto, há ainda alguns aspectos a serem melhorados para que ele seja plenamente efectivo e que estão expressos nas barreiras encontradas pelas pessoas quando frequentam o serviço de saúde, e que se configuram em fontes de insatisfação. O acesso efectivo favorece o acesso eficiente, no sentido em que a melhoria das condições de saúde e a satisfação aumentam o consumo dos cuidados de saúde primários. Nesta perspectiva, um indicador importante do acesso eficiente é o tempo de frequência ao centro de saúde, com uma média de 46 anos. As pessoas idosas, deste estudo, sofrem as consequências da pobreza e dos baixos padrões de vida, o que as colocam como grupo vulnerável. Esta vulnerabilidade é agravada pelas dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários, em decorrência dos problemas estruturais, de organização e funcionamento dos centros de saúde. Estes dados são apoiados por vários estudos da literatura. Esperamos, com este estudo, contribuir com alguns indicadores sobre o acesso a cuidados de saúde primários por pessoas idosas e melhorar a qualidade deste acesso. Esperamos também, estimular novos estudos nesta área, ainda pouco desenvolvida.

Keywords

Access to general health care, access to primary health care, senior citizens, qualitative study.

Abstract

This study its purpose has been to explore the access to primary health care by a group of senior poor people in two health centres of Oporto's district, an urban health centre (CSU) and a rural Health centre (CSR). The theoretical framework was based upon literature studies and the behaviour pattern of health care services. The qualitative data was acquired through the free observation and semi-structured interviews. The data analysis was implemented based upon the theoretical framework supported by the qualitative research program QSR INVivo. This study's results demonstrate how the access is regularly performed. The positive results of this access are: the primary health care's cost-free benefits, the hosting of professionals – physicians, nurses, receptionists and health technicians – and the medical ability. The negative aspects of the performed access, in this study are: medication costs which are lowly reimbursed, affecting the family income, the costs of treatments caused by the lack of health specialists. The obstacles encountered only by senior people from the CSU were: inadequate physical structure; the distance needed to access; lack of (free) parking spaces; the costs of public transports; low pensions and the waiting time for the consultation. The barriers encountered by the CSR participants were: extended waiting time for new consultation; lack of public transports related with the few existing timetables; the health centre reception schedule and the lack of the nurses' ability and professionalism. The effective access is favoured by the fact that senior people feel better with the health care, having expressed that satisfaction with the professionals involved in this area. Nevertheless, there are still some aspects to improve so that it can be fully effective, aspects which are expressed in the obstacles encountered by people when they attend the health services and are latent in sources of non-satisfaction. The effective access favours the efficient access, considering that the improvement of health conditions and satisfaction increase the consumption of primary health services. In this point of view, an important indicator of the effective access is the attendance age gap, with an average of 46 years of age. Senior people, on this study, suffer the consequences of poverty and low life-standards, which place them as a vulnerable group. This vulnerability is aggravated by the difficulties on the access to primary health care, adding to the structural problems, organization and functioning of these health centres. This data is supported by several literature studies. We hope, through this study, to contribute with some indicators about the access to primary health centres by senior people and to improve the quality of this access. We hope, also, to stimulate new studies in this area, still undeveloped.

SIGLAS

ARS - Administração Regional de Saúde

CDSH - Comissão de Determinantes de Saúde

DGS - Direcção-Geral da Saúde

EOHCS - European Observatory on Health Care System

INE - Instituto Nacional de Estatística

MS - Ministério da Saúde

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português do Sistema de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

WHO - World Health Organization

CSU - Centro de Saúde Urbano

CSR - Centro de Saúde Rural

Índice

0. INTRODUÇÃO	10
1. ENVELHECIMENTO E POBREZA EM PORTUGAL	12
2. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E AS POLITICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA	15
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	15
2.3. CENTROS DE SAÚDE.....	19
2.4. POLÍTICAS E PROGRAMAS PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS	20
2.5. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	22
3. ACESSO AO CUIDADO DE SAÚDE: QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	25
3.1. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL	25
Figura 1: Modelo Comportamental de uso de serviço de saúde.....	25
3.2. ACESSO DE PESSOAS IDOSAS A SERVIÇOS DE SAÚDE: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	28
4. METODOLOGIA	34
4.1. CONTEXTO E PARTICIPANTES NO ESTUDO	34
4.2. RECOLHA DE DADOS.....	35
4.3. REGISTO DOS DADOS	36
4.4. ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS	36
4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
4.6. RIGOR DO ESTUDO.....	39
5. RESULTADOS.....	40
5.1. CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS	40
5.2. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS	41
5.3. COMPORTAMENTOS DE SAÚDE	45
5.4. RESULTADOS DE SAÚDE.....	49
5.5. BARREIRAS NO ACESSO AO CENTRO DE SAÚDE.....	53
6. DISCUSSÃO.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	71
ANEXO I - Índice de Graffar	72
ANEXO I (continuação).....	73
APÊNDICES	74
APÊNDICE I - Roteiro da entrevista	75
APÊNDICE II - Termo de Consentimento.....	77
APÊNDICE III - Pedido de Autorização	78
APÊNDICE IV - (CS Urbano)	79
APÊNDICE V - (CS Rural)	80

0. INTRODUÇÃO

O crescimento da população de idosos é, actualmente, um fenómeno mundial e está a acontecer a um nível nunca antes visto. Em 1950, existiam cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, esse número aumentou para 579 milhões de pessoas - um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano.

Muitas questões têm vindo a motivar debates e estudos, com contribuições importantes para a elaboração de políticas e intervenções na realidade. Dados do Instituto Nacional de Estatística – INE (2002) mostram que o envelhecimento da população portuguesa tem vindo a evidenciar-se, sendo previsível que, entre 2010 e 2015, a população idosa ultrapasse em número a população jovem. As diferenças entre os sexos serão mantidas ou mesmo acentuar-se-ão, com níveis de envelhecimento mais significativos nas mulheres. As projecções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1900 milhões de pessoas (Figueiredo e Provinciali, 2006).

Segundo a Direcção Geral de Saúde – DGS (2004), o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, têm vindo a determinar novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora o progresso das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenha tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus. Em Portugal, os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção (Ministério de Saúde, 2004).

O aumento da esperança média de vida associada à baixa natalidade tem-se reflectido no envelhecimento da população causando um grande impacto na saúde pública. O processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver é determinante para o aparecimento de novas necessidades em saúde, nomeadamente a garantia à acessibilidade. O acesso ao serviço de saúde engloba inúmeros factores e pode ser analisado sob diferentes perspectivas. O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população. O acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde (Hoskins, 2005). Reflecte também as características do sistema de saúde, que actuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. No entanto, a utilização é influenciada também por factores relacionados com as pessoas, em particular, com o perfil das necessidades de saúde e com os valores e preferências destas pessoas (Travassos, 2003).

É neste contexto, relativo às dificuldades ou facilidades que têm as pessoas idosas de classe pobre quando acedem ao serviço de saúde, que situamos o foco deste estudo, o qual se insere num protocolo de investigação mais abrangente. Analisar as condições de acesso ao serviço de saúde por pessoas idosas de classe pobre é um tema pouco explorado em Portugal. O

acesso já foi um tema abordado estritamente a nível geográfico, mas hoje em dia evolui, e visiona-se sob diferentes abordagens. Uma das formas de se tratar as condições de acesso ao serviço é a forma como cada uma destas pessoas idosas percebe este acesso, quais as facilidades e dificuldades encontradas. É necessária a consciencialização da realidade para permitir adequar os serviços e melhorar a qualidade dos acessos.

O papel da pessoa idosa como personagem principal do sistema de saúde tem um impacto directo na melhoria entre ele e o serviço de saúde. Existem inúmeros problemas observados nos cuidados primários de saúde relacionados com o acesso. Este é um tema importante para a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa e, no entanto, ainda escasseiam estudos sobre o mesmo em Portugal.

Assim, este estudo caracteriza o acesso ao atendimento e como têm vindo a ser prestados os serviços oferecidos, a partir da óptica da pessoa idosa de classe pobre, em dois centros de saúde (um rural e outro urbano) do Distrito do Porto, e está estruturado em três partes. Na primeira, o desenvolvimento e fundamentação teórica do estudo, que inclui envelhecer com saúde, o sistema de saúde português e as políticas e programas de saúde para a pessoa idosa, seguido do acesso aos cuidados de saúde, através de suas concepções e abordagens empíricas. Na segunda parte, focamos a metodologia do estudo, representada pela abordagem qualitativa do tipo exploratório - descritivo e as diversas etapas que a constituem, nomeadamente, contexto e participantes do estudo, recolha, registo e análise dos dados, rigor do estudo e questões éticas. Finalmente, na última parte, situamos o estudo empírico, a apresentação dos resultados e a sua discussão.

Com este estudo, esperamos poder contribuir com alguns indicadores sobre este importante tema para que possam melhorar a efectividade do acesso a serviços de saúde por pessoas idosas, que pelas características apresentadas são consideradas, tradicionalmente, um grupo populacional vulnerável.

1. ENVELHECIMENTO E POBREZA EM PORTUGAL

Vários autores admitem que ainda não surgiu uma definição comum para o termo “envelhecimento”, nem a delimitação das suas fronteiras como ciência (Groisman, 2002). Negreiro (1999) refere que o conceito de “envelhecimento” vem assumindo várias conotações ao longo dos tempos, desde o “*ancião*” respeitável, com experiência acumulada e valorizada, ao “*velho*”, gasto e degradado, passando pelo “*idoso*”, termo mais respeitoso, e a denominada “terceira idade”.

Quando procurando definir o envelhecimento, deparamo-nos com um conceito muito complexo. Netto (1996) refere que, apesar de o envelhecimento ser um fenómeno comum a todos os seres vivos animais, surpreende o facto de que ainda hoje persistam tantos pontos obscuros quanto à dinâmica e à natureza desse processo. Na opinião do autor, podemos considerar o envelhecimento, como admite a maioria dos biogerontologistas, como a fase de todo um contínuo que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Nesta perspectiva, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, que determina a perda da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por leva-la à morte.

Neste estudo, optamos pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) em que as pessoas idosas são todas aquelas que têm idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, partilhamos do pensamento de Bourdieu (1984), de que a velhice deve ser entendida como um processo individual, moldado pelos hábitos do colectivo de pertença do sujeito, formando, assim, um grupo de idade heterogéneo. A velhice, ao contrário das outras fases da vida, não possui no seu começo um marcador biofisiológico.

De acordo com a OMS (2002), é altura de mudar a concepção de velhice. A velhice é tradicionalmente associada à doença, à dependência e à falta de produtividade. Hoje, considera-se esta visão tradicional totalmente errada e as políticas públicas devem agora reflectir essa modificação da maneira de pensar. Na realidade, a maioria das pessoas é muito capaz de se adaptar à medida que envelhece e continuar independente até uma idade muito avançada. Nos países desenvolvidos, as pessoas idosas continuam a executar um trabalho remunerado ou não e as actividades voluntárias destas pessoas constituem um contributo importante para a sociedade. Ao incentivar e favorecer a sua participação, podemos aproveitar o seu enorme potencial de recursos. O problema é que pode transformar-se o benefício da população idosa na representação de uma população madura.

O progresso conseguido com o desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram, de modo decisivo, para um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, no decurso do século XX (WHO, 1999). Este aumento da longevidade, ao qual

Portugal não se encontra alheio, apesar de se encontrar aquém dos padrões de alguns países europeus, causa impacto profundo nas pessoas que envelhecem, nas suas famílias e nas sociedades em geral. Este impacto é mais acentuado quando o envelhecimento é acompanhado pela condição de pobreza.

A pobreza, segundo Silva (2008), é um fenómeno complexo, multidimensional, com privação acentuada dos elementos básicos para uma vida longa e saudável, incluindo falta de alimentação adequada, carência de habitação e vestuário, baixa escolaridade, inserção instável no mercado de trabalho, falta ou pouco acesso a serviços de saúde, a participação social e a decisões políticas, dentre outros aspectos. Na visão da autora, a pobreza engloba e transcende a deficiência de renda, e abrange concepções como desigualdade, exclusão social e vulnerabilidade. É o resultado do processo histórico, social e económico, de exclusão social, cultural e política (Silva, 2008).

Para Ribeiro (2007), os dados existentes para medir e acompanhar a evolução da pobreza em Portugal reportam-se, fundamentalmente, ao conceito de pobreza monetária, ou seja, referem-se aos recursos monetários. É este o conceito utilizado pelo Eurostat, que constitui uma fonte estatística privilegiada para acompanhar a evolução anual da pobreza nos vários Estados Membros. Na visão da autora, a noção frequentemente utilizada pelo Eurostat para medir a pobreza, parte da escolha de um limiar de pobreza em relação ao padrão mediado dos rendimentos monetários disponíveis das famílias em cada momento. Mais particularmente, o limiar de pobreza, geralmente utilizado, corresponde ao montante que resulta de 60% da mediana na distribuição do rendimento monetário, ou seja, um conceito de pobreza monetária relativa. De acordo com o conceito adoptado, o limiar de pobreza em valores absolutos (em euros e em paridades de poder de compra) varia de acordo com os países. Os países com rendimentos por habitantes inferiores à média europeia correspondem também a limiares de pobreza mais baixos (Ribeiro, 2007).

Em Portugal, dados da Eurostat evidenciam que as maiores taxas de risco de pobreza são para os idosos (taxa de 28%, para os 65 e mais anos, em 2005) e, também, para as crianças (taxa de 24%, para os menos de 16 anos, no mesmo ano), do que da média das idades (Europa, Eurostat, 2005). As taxas de pobreza infantis e das pessoas idosas são superiores as taxas médias (respectivamente, 20% e 19% contra 16% em 2005). No entanto, a taxa de risco de pobreza das pessoas idosas é superior à das crianças, o que não acontece na média comunitária. Conforme a mesma fonte, as pessoas idosas constituem o grupo etário mais fortemente atingido pela pobreza, em Portugal, ainda que se tenha vindo a registar uma melhoria da respectiva situação, entre 1995 e 2005 (taxa de pobreza de 28% e 38%, respectivamente em 2005 e 1995). O elevado risco de pobreza destas pessoas em Portugal (28%, em 2005) é fruto de um sistema de protecção social na velhice que está longe de ter atingido o grau de desenvolvimento registado na maior parte dos países da UE25, onde a correspondente taxa é de 19%, para o

mesmo ano. Particularmente grave, é a situação das pessoas idosas que vivem isoladas, cuja taxa de pobreza foi de 42%, em 2005, se bem que se tenha verificado uma descida face a 1995 (57%). As famílias constituídas por dois adultos em que pelo menos um tem 65 anos ou mais, começaram por registar taxas de risco de pobreza superiores às do total da população idosa, mas tem vindo a aproximar-se gradualmente dela (Europa, Eurostat, 2005).

Segundo Atkinson (1998), as pessoas idosas, pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constituem uma parcela vulnerável da população, potencialmente sujeita ao estado de pobreza. Características como produtividade e empregabilidade declinam com a idade, a partir de um determinado momento do ciclo de vida, que em geral ocorre em torno dos 65 anos. A partir desse momento, as pessoas passam a depender cada vez mais dos rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. As pessoas mais pobres e geograficamente isoladas têm também maiores problemas no acesso a serviços de saúde, em decorrência da falta de recursos de saúde (Simões, Barros, 2007).

O relatório da Comissão de Determinantes de Saúde, solicitado pela OMS, é claro ao afirmar que a pobreza e os baixos padrões de vida são poderosos determinantes dos problemas de saúde e de desigualdade em saúde (CSDH, 2008). Este relatório aponta as pessoas idosas como um grupo vulnerável e destaca a situação das mulheres, que tendem a viver mais e com menos recursos materiais ou acesso à pensão. Esta vulnerabilidade é agravada pela dificuldade destas pessoas em obter acesso ao serviço de saúde. O acesso e a utilização de serviços de saúde são vitais para uma boa saúde. Deste modo, a desigualdade no acesso ao cuidado de saúde é uma questão de injustiça social, tendo em vista a falta de oportunidade para melhorá-la (CSDH, 2008).

Ainda de acordo com a mesma fonte, os serviços de saúde constituem-se num determinante vital de saúde e necessitam ser designados e financiados para assegurar uma cobertura universal e igualitária, com recursos humanos adequados. Destaca que os “(...) *serviços de saúde contribuem mais para melhorar a saúde e a igualdade em saúde aonde as instituições e serviços são organizados em torno de princípios de cobertura universal (oferecendo o mesmo escopo de qualidade de serviços para a população como um todo, de acordo com as necessidades e preferências e sem relação com a condição de pagar), e aonde o sistema como um todo é organizado em torno dos cuidados primários de saúde*” (CSDH, 2008, p. 95). Consequentemente, “diferentes políticas governamentais, dependendo da sua natureza, podem melhorar ou piorar a saúde e a igualdade em saúde” (CSDH, 2008, p.110). Deste modo, é de fundamental importância abordar, mesmo que sucintamente, as características gerais do Sistema de Saúde e das Políticas e Programas de Saúde para a pessoa idosa, em Portugal.

2. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E AS POLITICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA

Nesse item, focamos algumas características gerais do Sistema de Saúde Português. Para uma maior compreensão das características actuais deste Sistema de Saúde, contextualizamos, inicialmente, as principais mudanças por que passou desde a década de 1970 até os dias actuais. A seguir, abordamos as políticas e programas de saúde para as pessoas idosas.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A saúde em Portugal, antes de 1971, era constituída por várias vias sobrepostas, através de numerosos pequenos subsistemas, independentes e não coordenados. Até esta época, o Governo nunca havia assumido a responsabilidade efectiva na prestação de serviços de saúde à população (Simões, Barros, 2007). Foi em 1971 que se criaram, a partir dos distritos, duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os Hospitais. O Ministério da Saúde (MS) passou, basicamente, a orientar, através das Direcções Gerais de Saúde (DGS) e dos Hospitais (órgãos substantivos do sistema), toda a política de saúde.

Segundo Barros (1999), o principal objectivo de política na década de 1970 foi a diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer na sua componente de financiamento – capacidade de pagar os cuidados médicos necessários – quer na sua componente de acesso físico (expansão da oferta). A instituição da “saúde” como um direito social deu impulso a toda a política de saúde pós - 1974. Este período teve uma filosofia de actuação política no campo da saúde muito clara: predominava a intenção de garantir o acesso como direito social. Com o reconhecimento do “direito à saúde”, deu-se um forte acelerar de um processo que, de certo modo, já se fazia sentir desde o início de década de 1970.

Conforme Simões e Barros (2007), um dos aspectos importantes desta época foi o estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com carácter universal, geral e gratuito, totalmente financiado pelo Estado, assegurando este último também a prestação. É hoje reconhecido que a construção do SNS nunca foi devidamente completada na sua componente legislativa. A evolução do sistema, por outro lado, levou a um ponto distante da forte predominância da prestação pública.

Para Barros (1999), a década de 1980 orientou-se, sobretudo, para a contenção de custos, por força das pressões gerais sobre o crescimento da despesa pública. Na década de 1990, assistimos à preocupação com os ganhos de eficiência e com a efectividade na utilização de recursos, resultantes da ideia frequentemente expressa de o sistema de saúde português “gastar mal” os fundos que são colocados à disposição. O carácter universal e geral do SNS nunca foi posto em causa. Já a característica de “gratuidade” evoluiu para “tendencialmente gratuito” (Barros, 1999).

O desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado, reflectindo muito claramente as contradições e as lutas internas, entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000). A amplitude dos seus objectivos e a cobertura das despesas do SNS foram feitas exclusivamente de acordo com o Orçamento Geral do Estado. A principal consequência deste conjunto de situações traduziu-se em debilidades estruturais na construção do SNS. Estas debilidades referem-se à frágil base financeira e à ausência de inovação nos modelos de organização e gestão do SNS; à falta de transparência entre os interesses públicos e privados; à dificuldade de acesso e à baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde –OPSS, 2001).

Conforme Baganha, Ribeiro e Pires (2000), no que diz respeito à eficácia do SNS na cobertura da população: entre 1974 e 1978, houve um aumento de quase 100% na população coberta. O salto qualitativo deu-se mais concretamente no período de 1977 a 1978, em que a criação dos Centros de Saúde desempenhou um papel fundamental. Na visão dos autores, entre 1974 e 1980, Portugal aumentou as despesas totais em saúde em cerca de 40%, correspondendo a um aumento médio anual de 5,9%. Entre 1981 e 1986, os gastos totais em saúde nem sempre aumentaram. De 1981 a 1983, Portugal investiu cada vez menos em saúde. O aumento percentual global foi de apenas 11%, muito pouco relativamente aos 40% do período anterior. Entre 1986 e 1990, o aumento das despesas totais em saúde é uma constante. Globalmente, o aumento percentual nesses anos foi de quase 24%, enquanto que a média da UE crescia 10%.

De acordo com Miguel e Costa (1997), os dados da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) para 1998, demonstram que Portugal apresentou, entre 1974 e 1990, uma lógica de evolução do financiamento da saúde diferente da verificada na maioria dos países da União Europeia. Portugal manifestou a mesma tendência internacional de crescimento dos gastos com a saúde. Contudo, tal crescimento foi atingido por via da componente privada do financiamento, com uma evidente diminuição de vertente pública, o que constitui uma evolução única e singular nos países da OCDE e da União Europeia (Miguel, Costa, 1997).

Conforme dados da OCDE (2006), as despesas públicas com a saúde em Portugal passou de 3,6% em 1980 para 7,2% em 2004, ou seja, duplicou em termos relativos nestes 25 anos. As despesas com a saúde, em Portugal, como nos países da UE e da OCDE, têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao Produto Interno Bruto (PIB). De acordo com o relatório, o crescimento das despesas com a Saúde dos países da OCDE deve-se, essencialmente, a dois factores: novas tecnologias e o envelhecimento da população (OCED, 2006).

Segundo Campos (2008), entre 1978 e 2008, o progresso na saúde dos portugueses foi enorme. Uma parte desse progresso deveu-se ao SNS. Neste período, houve um esforço pela melhoria da acessibilidade, principalmente, garantindo constitucionalmente a universalidade

significativa. Neste sentido, toda as pessoas poderiam utilizar o SNS, sem discriminação de idade, sexo, religião, classe profissão, ou sistema de protecção social. Dois factores foram instrumentais para garantir a universalidade e, sobretudo, para que as populações do interior, então escassamente medicadas, passassem a dispor de recursos semelhantes aos do litoral: o primeiro foi a longa série de investimentos em hospitais distritais e novos centros de saúde¹, que permitiram fixar médicos e enfermeiros recém-licenciados.

O segundo factor consistiu na estabilização nas carreiras médica, de enfermagem, de administração, de técnicos superiores e das demais profissões da saúde, que permitiram atrair trabalhadores especializados no SNS. Conforme Campos (2008, p. 21): *“Nos quinze anos que decorreram entre 1990 e 2004, o número de médicos em exercício por mil habitantes cresceu 2,8 para 3,4 (à volta de mais seis mil médicos), sobretudo a custa dos da carreira hospitalar onde passaram de 0,9 para 2,0 (mais 11 mil), tendo os médicos de medicina geral e familiar passado de 0,4 para 0,5, ou seja, apenas mais mil. O maior aumento de recursos humanos em exercício deu-se no pessoal de enfermagem, com a subida de 28 mil para 44 mil (mais 16 mil efectivos). Mas mesmo fora das carreiras se verificou um forte aumento de recursos humanos naqueles quinze anos”*. Segundo o mesmo autor, mais e melhores instalações e mais bem treinado pessoal, disseminado por todo o País, geraram um forte efeito equalizador na utilização dos cuidados de saúde e na melhoria da sua qualidade, a partir da criação do SNS.

Fruto das mudanças ao longo de quase quatro décadas, o Sistema de Saúde Português tem obtido avanços significativos que lhe confere, nos tempos actuais, certas características, as quais destacamos a seguir.

2.2. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: CARACTERÍSTICAS GERAIS

As concepções de sistema de saúde evidenciam a sua natureza complexa, a qual é atravessada por actores cujos interesses nem sempre coincidem. O Sistema de Saúde é entendido como um “conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a protecção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde” (Gonçalves Ferreira apud Almeida, 1999, p.65). O sistema de saúde português resulta da articulação de três sistemas: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), esquemas especiais de seguros públicos e privado para determinadas profissões (subsistemas) e seguro voluntário de saúde privado. O MS coordena o sistema de saúde e responde pelo fornecimento e financiamento dos cuidados de saúde públicos de saúde (Simões, Barros, 2007).

¹ Além de centros de saúde, instalados em todas as sedes de concelho, foram construídas centenas de extensões de saúde, em quantidade que se veio a revelar difícil de dotar com recursos humanos permanentes, sobretudo nas regiões Centro e Norte (Campos, 2008).

No Estatuto do Sistema Nacional de Saúde - SNS - (1993, p. 15), em Portugal, o SNS é definido como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde”. A organização do SNS tem sido, desde 1993, descentralizada e constituída por Regiões de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Existem, actualmente, cinco Regiões de Saúde: Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora e Algarve, com sede em Faro e, 18 sub-regiões, correspondentes a cada um dos Distritos do Continente (Almeida, 1999; Simões, Barros, 2007). Em cada Região de Saúde há uma Administração Regional de Saúde (ARS), “*dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, e património próprio, tendo funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde*” (Almeida, 1999, p. 63). O cuidado de saúde, sob a gestão das ARS, é assegurado pelos Hospitais e pelos Centros de Saúde das regiões, visando ultrapassar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados (Almeida, 1999, Simões, Barros, 2007).

O sistema de saúde português resulta de uma combinação de financiamento público e privado. O SNS presta cobertura universal e é financiado predominantemente pelos impostos pagos pela população. Os subsistemas abrangem entre um quarto e um quinto da população e respondem por uma cobertura de cuidado de saúde compreensiva ou parcial (Simões, Barros, 2007). O seguro privado é financiado por outra parcela significativa da população, podendo ser na forma de co-pagamentos e pagamentos directos (Simões, Barros, 2007).

O MS realiza a maior parte das funções de planeamento, regulação e gestão da saúde. A realização do planeamento central da saúde fica a cargo da DGS, tendo como base os planos submetidos pelas direcções da ARS, as quais estão, por sua vez, sob a autoridade do Alto Comissariado da Saúde. Deste modo, o Plano Nacional de Saúde organiza-se através de uma rede para que as políticas nacionais sejam implementadas devidamente em todas as regiões do país (Simões, Barros, 2007).

A porta de entrada para o sistema público de saúde é o centro de saúde (CS), através do médico de família. Como refere Simões e Barros (2007), teoricamente, as pessoas não têm acesso directo aos cuidados hospitalares. No entanto, na prática, muitas pessoas acedem directamente às urgências, por vários motivos, como por exemplo, a falta de médico de família, atraso na obtenção de uma consulta, para serem, quando necessário, referenciadas a cuidados especializados. Já as pessoas cobertas pelos subsistemas de saúde e seguros de saúde têm acesso directo a hospitais privados e especialistas, permitidos pelos seus esquemas. Os médicos privados podem fazer encaminhamentos para os hospitais do SNS (Simões, Barros, 2007).

Tendo em vista que o contexto deste estudo é o centro de saúde, destacamos, a seguir, algumas considerações a seu respeito.

2.3. CENTROS DE SAÚDE

Os CS são responsáveis pelos cuidados de saúde primários. Não dispõe ainda de autonomia administrativa ou financeira e são dirigidos directamente pelas ARS, com fundos do MS. *“Cada um deles cobre uma média de 28 000 pessoas, apesar de alguns cobrirem mais de 100 000 pessoas e outros menos de 5000 pessoas. Empregam um total de cerca de 30 000 profissionais (incluindo pessoal das ARS). Destes, 25% são médicos (a maior parte clínicos gerais) e 20% são enfermeiros. Existem, em média, 80 profissionais de saúde por centro de saúde, se bem que alguns tenham 200 e outros apenas um médico”* (Simões, Barros, 2007, p. 100).

Conforme Simões e Barros (2007), o objectivo dos CS é responder às necessidades de saúde da sua população. Dentre estas necessidades estão: promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, através do planeamento e prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade. Desenvolvem também actividades específicas dirigidas a situações de maior risco ou vulnerabilidade na saúde. Os CS enfrentam inúmeros problemas que vêm reforçar a falta de equidade no acesso à saúde em Portugal, em especial das populações mais vulneráveis. Neste sentido, constatamos uma distribuição regional de serviços de cuidados primários desigual, com um claro favorecimento dos distritos do Litoral.

Simões e Barros (2007), ao focarem os SNS, destacam os seguintes problemas: distribuição desigual de recursos de saúde; dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários; oferta pública muito limitada em cuidados continuados e domiciliários; escassez de programas de controlo de qualidade; ausência de coordenação entre CS, médico dos hospitais, hospitais e médicos privados; falta de motivação dos clínicos gerais para trabalharem de forma isolada e com salários fixos; acesso limitado aos serviços de saúde para as pessoas mais pobres e pessoas geograficamente isoladas; escassez de pessoal qualificado nos CS.

Esta realidade contrasta com o facto de, a nível político, os cuidados de saúde primários terem, desde a sua origem, sido considerados como a base do sistema de Saúde e, portanto, uma prioridade política. Tal cisão da realidade prática efectiva é visível na distribuição de verbas, equipamento e recursos humanos pelos CS e Hospitais (Almeida, 1999). Neste último caso, os dados do MS demonstram que, no ano de 1998, os efectivos distribuíam-se de forma desigual, ou seja, 27% dos efectivos do MS estavam nos Cuidados de Saúde Primários e 73% nos cuidados hospitalares (OPSS, 2001).

Como resultado desta discrepância, temos uma oferta de serviços ambulatoriais públicos que não consegue responder às necessidades da população, o que faz com que haja um aumento de casos nos serviços de urgência dos Hospitais (*European Observatory on Health Care System*

- EOHCS, 1999). Esta situação gera problemas de dois níveis. Por um lado, o funcionamento dos serviços hospitalares é gravemente prejudicado por uma utilização excessiva dos serviços de urgência; por outro, poderá significar graves problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde primários (EOHCS, 1999).

Na visão de Simões, Barros (2007) e Campos (2008), as tentativas de reorganizar e regulamentar os CS fracassaram em decorrência de mudanças de Governo, como é o caso da proposta de 1999, que garantia, dentre outras coisas, a autonomia financeira e administrativa aos CS, a contratação, pela ARS, de equipas multi-profissionais; a de 2003, que trazia uma nova regulamentação para a rede de cuidados de saúde primários e a possibilidade dos CS terem um director não médico e a gestão poder ser confiada a entidades privadas ou a grupos de profissionais de saúde. Recentemente, em 2006, o Governo aprovou outra reforma que introduz alterações nos modelos organizativos e de financiamento dos cuidados de saúde primários. Esta reforma cria as “Unidades de Saúde Familiares”, equipas multidisciplinares, remuneradas parcialmente com mecanismos de incentivos, que incluem, dentre outros, suplementos relacionados com a dimensão da lista de utentes, consultas domiciliárias, número de horas de trabalho, compensações por desempenho, actividades de vigilância específicas relativamente a doentes vulneráveis ou em risco, serviços adicionais (Simões, Barros, 2007; Campos, 2008). Esta reforma inclui também a reestruturação dos cuidados de saúde primários no sentido da reconfiguração e autonomia dos CS; reestruturação dos serviços de saúde pública; implementação de Unidades Locais de Saúde e; desenvolvimento de sistemas de informação (Simões, Barros, 2007; Campos, 2008). Não há dúvidas que se esta reforma se efectivar poderá haver melhoras no acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde.

Considerando o exposto, abordamos, a seguir, as políticas e programas para a saúde das pessoas idosas.

2.4. POLÍTICAS E PROGRAMAS PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS

Na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, decorrida em Madrid, em 2002, a OMS apresentou um projecto de política de saúde para o envelhecimento activo. *Envelhecimento Activo* (EA) foi definido como “o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (World Health Organization, 2002, p. 12). Aplica-se tanto às pessoas como a grupos populacionais. A perspectiva do EA é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização.

O EA tem como objectivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, independentemente das suas necessidades pessoais. Permite que as pessoas tenham a percepção do seu potencial para o bem-estar físico,

social e mental ao longo da sua vida, e participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Tem como princípios relevantes a interdependência e solidariedade entre gerações. Atribui especial importância à participação da pessoa idosa nas diferentes áreas, como a económica, a social, a cultural, entre outras, defendendo que as pessoas aposentadas, pessoas com alguma doença ou incapacidade possam manter o seu contributo activo aos seus familiares, amigos, comunidade(s) e país.

O EA, proposto pela OMS, resulta da influência de um conjunto de factores determinantes, relacionados: à cultura e género; aos sistemas de saúde e serviço social; aos comportamentos; aos aspectos pessoais; ao ambiente físico e social e aos aspectos económicos. Estes factores determinantes abrangem pessoas, famílias e nações. O conhecimento destes factores contribui para a elaboração de programas e políticas relativas ao envelhecimento. Apesar de ainda não estar bem esclarecido o papel de cada factor determinante e a interacção entre eles no envelhecimento activo, eles podem fornecer indícios de como as pessoas e populações envelhecem.

Segundo a OMS, ao longo da história, sempre coube às famílias a prestação de auxílio às pessoas idosas. No entanto, as alterações decorrentes do desenvolvimento das sociedades têm conduzido a importantes modificações na estrutura familiar, pelo que se tornou imperativa a criação de medidas de protecção social, sobretudo aos mais vulneráveis. Assim, sociedades com políticas de protecção social organizadas e estruturadas poderão permitir um envelhecimento activo (World Health Organization, 2002).

Esta proposta ganhou relevância e tem influenciado a criação de políticas e programas direccionados para o envelhecimento activo em muitos países. Políticas e programas de saúde efectivos necessariamente garantem o acesso e a qualidade do cuidado à saúde e a sustentabilidade dos próprios sistemas. Este é o grande desafio do sistema de saúde português, principalmente quando focamos as necessidades de saúde da população idosa.

Considerando os aspectos acima destacados, o Ministério da Saúde, através da DGS (2004), ao elaborar o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, aprovou, entre outros, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o qual foi publicado em 2006. Este Programa tem como base a proposta da OMS e, portanto, como aspecto central o envelhecimento activo. *“Este Programa pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência”* (Portugal, MS, DGS, 2006, p. 14-5).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas fundamenta-se em três pilares básicos: 1) *promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida*; 2) *maior*

adequação dos cuidados de saúde às necessidades das pessoas idosas; 3) promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e interdependência das pessoas idosas (Portugal, MS, DGS, 2006, p. 15).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas assenta numa visão multidisciplinar e multisectorial de actuação integrada. Procurando complementar as acções desenvolvidas pelos diversos sectores, cuja acepção influencia a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas. Embora existam múltiplas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis da sociedade, não existe, ainda, uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas, numa perspectiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento activo (Portugal, MS, DGS, 2004).

O Programa estabelece orientações gerais e cabe às ARS adequar, através dos seus Planos de Acepção, as estratégias para as implementar na prática. A sua implementação requer a participação activa, nos respectivos domínios de acepção, não só das instituições centrais do MS e das ARS, como de serviços e instituições dependentes de outros Ministérios, organizações não governamentais, associações de cidadãos e sociedades científicas (Portugal, MS, DGS, 2004).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em Portugal está em adequação com as directrizes da OMS e abre um espaço importante de cuidado à saúde para este grupo populacional. Apesar de recomendar a atenção especial às pessoas idosas, mais frágeis e vulneráveis, não faz menção à melhoria do acesso destas pessoas aos serviços de saúde. No entanto, o acesso a cuidados de saúde é fundamental para o envelhecimento activo ao longo da vida. Por outro lado, o Programa dá pouca ênfase à condição de pobreza, que é muito peculiar a este grupo populacional.

2.5. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Fazendo uma análise da evolução do sistema de saúde português, e mais de trinta anos passados sobre a criação do SNS, questiona-se se atingiu a universalidade no acesso aos cuidados de saúde de qualidade, conferindo uma política de saúde de cariz humano. Hoje em dia vivemos com um aumento alucinante do desenvolvimento tecnológico e científico, que permite saciar a fome no mundo e, simultaneamente, deparamo-nos com a miséria de uma grande parte da humanidade. Este escândalo do nosso tempo permite reflectir sobre os recursos humanos e financeiros responsáveis pelas desigualdades internacionais.

O acesso efectivo a serviços de saúde passa a ser a questão central do serviço nacional de saúde e, segundo o estudo realizado por Villaverde Cabral e colaboradores (2002), cerca de 51% dos inquiridos não conseguiam consulta no mesmo dia e destes, 54% tinha de esperar mais de duas semanas. O tempo de espera entre as consultas com o médico de família e a consulta no hospital é, segundo 48% dos inquiridos, de um mês.

Assim, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde continua a ser uma esperança válida e de extrema importância para uma parte da população portuguesa, dada a falta de técnicos de saúde e as inadmissíveis listas de espera, o atraso do atendimento de utentes e acentuadas discriminações de natureza classicista (Correia, 1997). O aumento da utilização dos serviços de saúde faz com que aumente a pressão sobre a questão do acesso.

A lei do Serviço Nacional de Saúde foi aprovada pela Assembleia da República em 1979 (Lei N.º 56/79) e encontra-se ainda em vigor, pela Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei N.º 48/90), bem como pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Dec.-Lei N.º 11/93, de 15 de Janeiro), publicado posteriormente à última revisão constitucional. Segundo Corte-real (2006), as ordens legais referidas pretendem garantir a equidade em saúde, através do acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua situação económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como através de uma racional e eficiente cobertura médica hospitalar de todo o país. O valor ético constituído nas sociedades desenvolvidas é adquirido pelo acesso aos bens que fomentam a saúde, a equidade em saúde, assumindo que o acesso equitativo aos cuidados de saúde é um direito social a que o Estado não pode estar alheio.

O acesso aos cuidados de saúde é um factor decisivo do desempenho e efectividade do sistema de saúde. A melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade encontra-se profundamente ligada ao progresso dos sistemas locais de saúde e a uma profunda e gradual renovação da gestão dos serviços de saúde, orientada por critérios de equidade, de efectividade e de eficiência (Ministério da Saúde, 1999).

O Ministério da Saúde (1999) tem vindo a desenvolver, desde 1996, um Programa de melhoria de acesso orientado especificamente para a recuperação das listas de espera e para diminuição dos períodos de atendimento nos centros de saúde e nos hospitais. Desde finais de 1998 até 2002, foi desenvolvido um programa para a promoção de acesso, com três objectivos:

- Clarificar a natureza e dimensão das listas de espera;
- Tornar mais transparente as causas dessas listas de espera;
- Reduzir e eliminar progressivamente, até níveis clinicamente aceitáveis, a dimensão das listas de espera, através de intervenções de organização, gestão e da contratação de produção adicional.

Segundo o anterior Ministro da Saúde, Correia de Campos (2007), sabe-se que, em termos do acesso aos cuidados de saúde, os indicadores de utilização dos serviços melhoraram entre 2004 e 2006. Registou-se um crescimento nas altas hospitalares, nas urgências, nas consultas externas, nas intervenções cirúrgicas regulares e de urgência. Verificou-se uma redução considerável do tempo de espera para cirurgia, já apenas com seis meses de demora mediana do Sistema de Gestão dos Utentes Inscritos para Cirurgia - SIGIC. Nos centros de saúde, os resultados realizaram-se no mesmo sentido. As consultas programadas cresceram, sobretudo nos doentes que procuraram consulta pela primeira vez. Apesar da situação

orçamental complexa em que Portugal se encontra, e do esforço de disciplina que tem sido pedido em termos de despesa pública, os portugueses continuaram a usufruir de cada vez melhor acesso aos cuidados de saúde (Correia de Campos, 2007). Tal não indica, todavia, que não existam dificuldades localizadas, que se situam não tanto junto das populações mais isoladas do interior, mas nas zonas do litoral e sobretudo na periferia das grandes cidades e margem sul do Tejo. Ao contrário do que se pensa, estas são as regiões de menor densidade de médicos de família por habitante (Correia de Campos, 2007).

Desta forma, podemos destacar que a questão do acesso à saúde é muito complexa e que, apesar de existirem programas específicos para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, estes não se encontram a funcionar plenamente.

Ao optarmos pelo acesso aos serviços de saúde por pessoas idosas, abordamos, a seguir, o quadro teórico do estudo sobre esse tema.

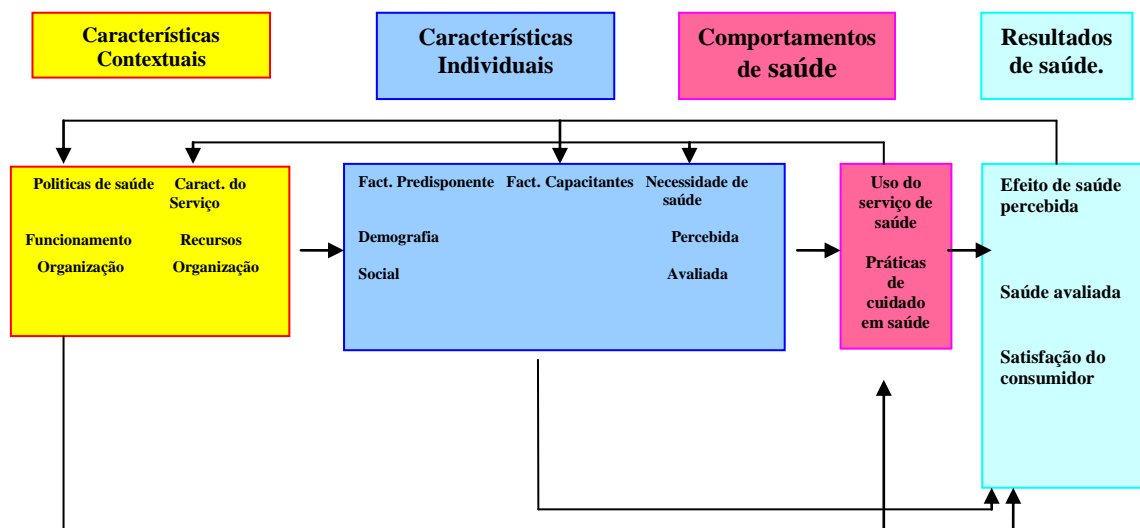
3. ACESSO AO CUIDADO DE SAÚDE: QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O referencial teórico deste estudo centra-se no conceito de acesso. Este conceito engloba diferentes abordagens. A sua complexidade torna-o muitas vezes impreciso. Os diversos autores atribuíram-lhe muitos significados, tendo sido constantemente mudados ao longo dos anos e de acordo com o contexto. Alguns autores centram-no, muitas vezes, como dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada a oferta. Andersen foi um destes autores, que teve esta abordagem no início de sua teorização, mas com o desenvolvimento de seu trabalho teórico ampliou o escopo do eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos (Andersen, 1995, 2008). Considerando o exposto, abordamos, a seguir, o quadro conceptual de acesso.

3.1. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O quadro teórico-conceptual deste estudo, mostrado na figura 1, deriva do modelo comportamental de uso de serviço de saúde, de Ronald Andersen (1995, 2008). Esta proposta é considerada a mais importante e mais frequentemente citada nos estudos de acesso a serviços de saúde.

Figura 1: Modelo Comportamental de uso de serviço de saúde



Fonte: adaptado de Andersen (2008)

O modelo foi, inicialmente, desenvolvido nos finais da década de 1960, na sua tese de doutoramento, e passou por inúmeras modificações com a colaboração de colegas. Andersen, em 1995, revisa o modelo e delimita o seu desenvolvimento em quatro fases e, em 2008,

acrescenta uma quinta fase. A *primeira fase*, desenvolvida na década de 1960, teve como propósitos: compreender o porquê das famílias usarem os serviços de saúde; definir e medir o acesso equitativo ao cuidado de saúde e; contribuir para o desenvolvimento de políticas que promovessem o acesso equitativo. O modelo, nesta fase, sugere que o uso dos serviços de saúde pelas pessoas ocorre em função dos *factores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde*, especificados a seguir.

- *Factores Predisponentes*: existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afectam a predisposição das pessoas para usar os serviços de saúde. São considerados aqui as *características demográficas, sociais* e as *crenças em saúde*. Dentre as características demográficas, o sexo e a idade representam imperativos biológicos que sugerem maior predisposição para o uso de serviços de saúde. Como exemplos das *características sociais* estão o nível de escolaridade, a ocupação e a etnicidade. As *crenças em saúde* são atitudes, valores e conhecimentos das pessoas sobre saúde e serviços de saúde que podem influenciar as suas subseqüentes percepções de necessidade e uso dos serviços de saúde;
- *Factores Capacitantes*: os recursos disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde. São exemplos de recursos específicos para a pessoa e para a sua família, (o rendimento e a cobertura do seguro de saúde, disponibilidade de uma fonte regular de cuidado, tempo de traslado ao serviço de saúde e de espera). São também atribuídos aqui os recursos da comunidade (área rural, urbana, disponibilidade de pessoal de saúde e facilidades);
- *Necessidades de saúde*: condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde. As *necessidades percebidas* auxiliam-nos a compreender melhor a procura de cuidado e a aderência ao regime de tratamento. As *necessidades avaliadas ou diagnosticadas* estão mais relacionadas ao tipo e quantidade de cuidado que será fornecido após o utente se ter apresentado ao serviço de saúde (Andersen, 1995)

A meta principal deste modelo foi a de assistir na definição e medida de dimensões múltiplas de acesso ao cuidado (Andersen, 1995, 2008). Nesta proposta, o acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde, à continuidade e aos resultados do tratamento (Andersen, Newman 1973; Aday, Andersen, 1974). Deste modo, tem como propósito evidenciar as condições que facilitam ou impedem o uso dos serviços de saúde (Andersen, 1995). O conceito torna-se multidimensional, composto por dois elementos: *acesso potencial* e *acesso realizado*, delimitados a seguir.

- *Acesso potencial*: caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de factores capacitantes (os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde) do uso de serviços.
- *Acesso realizado*: representa a utilização de facto desses serviços e é influenciado por outros factores, como: tempo de espera, tempo da consulta, custo da consulta, meio de transporte, qualidade do atendimento, etc.

A *segunda fase* do modelo foi desenvolvida na década de 1970 com Lu Ann Aday e outros colaboradores do Centro de Estudos de Administração em Saúde da Universidade de Chicago. Nesta fase, o *sistema de cuidado em saúde* foi explicitamente incluído no sentido de reconhecer a importância das políticas nacionais de saúde e os recursos e organização do sistema de cuidado em saúde e na determinação do uso de serviços de saúde pela população. O *uso de serviços de saúde* inclui: tipo de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipo de serviço (hospital, centro de saúde), tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), intervalo de tempo entre um atendimento e outro. Segundo Andersen (1995), estas características do uso devem ser avaliadas separadamente, tendo em vista que expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso. Foi também adicionada, nesta fase, a *satisfação do consumidor* (conveniência, custo, coordenação, acolhimento, informação e qualidade) como um *resultado* explícito do uso de serviços de saúde (Andersen, 1995, 2008).

O modelo atingiu a sua *terceira fase* nas décadas de 1980 e 1990, com a inclusão de *comportamentos de saúde*. Nesta fase, foi destacada a importância dos serviços de saúde na manutenção e melhoria da saúde. Consequentemente, a condição de saúde tanto percebido pela população como avaliado por profissionais de saúde foi adicionada juntamente com a satisfação do consumidor aos resultados de saúde. Nesta perspectiva, o *acesso efectivo* é alcançado quando o uso melhora as condições de saúde ou a satisfação do consumidor. O *acesso eficiente* é atingido quando o nível da condição de saúde ou a satisfação aumenta a quantidade de serviços de cuidado em saúde consumida (Andersen, 1995, 2008).

A *quarta fase*, ainda na década de 1990, Andersen (1995, 2008) melhora a natureza dinâmica e recursiva do modelo. Ele ilustra os múltiplos determinantes das condições de saúde, incluindo o uso dos serviços de saúde. Também introduz ligações e direcções (ver setas) para articular os elementos do modelo e, mostra que os resultados de saúde podem afectar os factores predisponentes, capacitantes, as necessidades de saúde e o uso dos serviços de saúde.

Na última fase de desenvolvimento do modelo, década de 2000, Andersen (2008) refere que a compreensão do uso dos serviços de saúde é melhor alcançada se nos focarmos nos determinantes contextuais e individuais. As características contextuais são avaliadas em algum nível de agregado ao invés do nível individual e inclui a organização de saúde, os factores relacionados aos provedores e as características da comunidade. Nesta fase, o autor também inclui as práticas de cuidado em saúde nos comportamentos de saúde. Deste modo, os comportamentos dos profissionais interagem com os utentes no desenvolvimento do cuidado. As práticas de cuidado em saúde podem incluir a realização de exames diagnósticos, as prescrições, orientações e educação em saúde, a qualidade da comunicação profissional e utente.

Neste modelo, para fins de formulação de políticas, é importante ressaltar que os componentes relacionados ao sistema de saúde (oferta) são passíveis de mudança mediante

intervenção governamental ou institucional, enquanto apenas algumas características das pessoas são passíveis de mudanças por estas acções (Aday, Andersen, 1974; Andersen, 1995).

3.2. ACESSO DE PESSOAS IDOSAS A SERVIÇOS DE SAÚDE: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

O aumento das pessoas idosas na população implica, em termo de acesso dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (Veras, 1994, 2001). Em menos de 40 anos, Portugal passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (Gordilho et al., 2000). Este quadro acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange a implantação de novos modelos e métodos de planeamento, gerência e prestação de cuidados (Veras, 2003). A baixa resolubilidade do modelo em curso, a precariedade dos serviços de ambulatório, a escassez dos serviços domiciliários, a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais - dia e centros de convivência), fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta o custo como diminui a hipótese de um prognóstico favorável (Mendes, 2001).

Estudo sobre a “Saúde dos Portugueses” mostrou que 49% das pessoas que integram o grupo etário entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má ou muito má (Portugal, MS, DGS, 1997). Estudo mais recente, realizado por Onsa e Mocados (2001), com pessoas com 65 e mais anos, evidenciou que 12% delas declararam precisar de ajuda para o exercício de actividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer. Chama especial atenção, neste estudo, o facto de 52% das pessoas idosas inquiridas referirem viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% viverem em situação de isolamento.

As necessidades de saúde da população idosa parecem ser um dos aspectos relacionados à procura de cuidados de saúde. Os indicadores de consultas médicas demonstraram um aumento da procura por pessoas de 65 e mais anos, nomeadamente acima dos 85 anos. Esse aumento correspondeu a 22% entre 1987 e 1999, o que justifica e obriga à progressiva adequação do cuidado de saúde à população mais idosa (Onsa, 2002), bem como a melhoria do acesso a serviços de saúde. Estudos nesta área direccionados para as pessoas idosas, são fundamentais uma vez que grande parte dos gastos vêm sendo realizados por essa população, por consumirem maior quantidade de serviços e consumirem mais serviços de alto custo.

Apesar disso, o conhecimento sobre o acesso de serviços de saúde por pessoas idosas ainda é limitado.

Santana (2000) realizou um estudo com o objectivo de analisar as condições de saúde da população idosa em Portugal e avaliar as mudanças e tendências, dando especial atenção às desigualdades na saúde e no cuidado de saúde entre as regiões urbanas e rurais. Utilizou dados secundários do Inquérito Nacional de Saúde de 1995. A autora destaca que a saúde do português melhorou consideravelmente nos últimos vinte anos. Económica e socialmente, as transformações que contribuíram para a melhoria progressiva dos problemas da alimentação, saneamento, higiene e condições sociais, assim como serviços sanitários, foram factores decisivos neste aspecto. A regressão espectacular dos indicadores relacionou-se à mortalidade transmitida das doenças, do enfarte, a perinatal (mais de 50% entre 1985 e 1994) e a materna, e a mortalidade infantil de um a quatro anos. As mudanças positivas que ocorreram nos indicadores da saúde contribuíram para o aumento da esperança de vida no nascimento (2.2 anos mais para o meninos e os 2.3 mais para meninas entre 1985 e 1994). A melhoria na esperança de vida, especialmente nos grupos de idade mais avançada, não é associada normalmente com as reduções significativas na morbilidade. A longevidade aumentada tornou-se mais geralmente associada com a doença crónica ou as outras inabilidades que exigem mais serviços médicos e outros formulários do cuidado pessoal. A autora refere que “Após 30 anos de um serviço nacional de saúde (SNS) em *Portugal (...) as políticas pró-activas para prevenir a doença e promover a saúde são ainda relativamente subdesenvolvidas no SNS português, e os factores que influenciam a saúde, tais como, moradia, dieta e riscos da saúde ocupacional, permanecem em grande parte ausentes das políticas da saúde e de bem-estar*” (Santana, 2000, p.1025). A mais séria barreira que os consumidores da população idosa e pobre encontram é a acessibilidade aos serviços de saúde. A desigualdade na localização geográfica dos serviços de saúde também afecta o fácil acesso dos diferentes grupos de consumidores e influencia o padrão de utilização.

Em Portugal, Silva (1998) estudou as condições do contacto e a severidade das situações relacionada a uma colecção de indicadores: classe social, instrução, tamanho do agregado familiar e acessibilidade física. O estudo revela que os subgrupos importantes da população estão em desvantagem no que diz respeito à entrega de cuidados médicos. Verificou ainda que as pessoas adultas que vivem em um agregado familiar com as condições mais saudáveis frequentam mais os serviços de saúde do que as pessoas que possuem baixo rendimento.

Segundo Campos (2008), em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde tenta responder a alguns desafios para melhorar o acesso em saúde pelos portugueses. Os desafios são: “...melhorar o acesso aos cuidados de saúde, acesso ao centro de saúde; ao hospital, pela consulta ou pela urgência; acesso a intervenções cirúrgicas electivas (as que não exigem uma

resposta imediata); aos meios complementares de diagnóstico, como exames de laboratório, de radiologia e outras provas funcionais; acesso aos cuidados continuados de que necessitam as pessoas que já passaram a fase aguda de hospitalização; melhor capacidade de atendimento de emergência, quando o tempo conta para salvar vidas; mais fácil, mais rápido e mais barato acesso aos medicamentos, sejam ou não prescritos por um médico mais conforto, pela consulta a uma voz amiga que, pelo telefone, nos incute confiança e nos informe sobre a melhor forma de sermos assistidos” (Campos, 2008, p. 65-66).

Segundo Campos (2008), *“se o Sistema Nacional de Saúde responder a estes desafios, o País alcançará cada vez mais ganhos em saúde, isto é, contará menos mortes evitáveis, menos capacidades limitadas, mais anos de vida saudável, melhor qualidade adicionada aos anos acrescidos. Os resultados de um bom sistema de saúde medem-se, pois em ganhos em saúde”* (Campos, 2008, p. 67). Os poucos estudos que existem em Portugal mostram que em três anos ocorreu uma melhora contínua no acesso, com o sistema a reorientar-se no sentido da correcção de irregularidades passadas no recurso ao Sistema Nacional de Saúde (Campos, 2008).

Um estudo da Entidade Reguladora para a Saúde (2009), sobre o acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, em Portugal teve como base a avaliação das barreiras que impedem a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada”. Este estudo considerou cinco dimensões: proximidade; capacidade, adequabilidade; aceitabilidade e esforço financeiro. Os resultados demonstraram que a maioria dos utentes se encontra globalmente satisfeitos com o acesso ao centro de saúde do SNS.

No Brasil, Noronha e Andrade (2001) analisaram a desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na região sudeste, utilizando os dados da PNAD 98 e tendo como base o modelo Hurdle Binomial Negativo. Os resultados encontrados para os serviços de ambulatório mostraram uma desigualdade no acesso a estes serviços em quase todos os estados desta região, favorecendo as camadas de rendimentos mais elevados. Palermo, Portugal e Souza (2005) analisaram a equidade horizontal no acesso à saúde na Região Sul do Brasil, seguindo os mesmos parâmetros do estudo anterior. Os resultados também apontaram para a presença de desigualdade no acesso em função do rendimento, favorecendo os mais ricos, mesmo que controlando para a existência de plano de saúde, no caso de consultas e internamentos.

Ramos e Lima (2003) investigaram a visão de utentes sobre factores que influenciam a qualidade do atendimento numa unidade de saúde de Porto Alegre, Brasil, relativos ao acesso e ao acolhimento. Os resultados apontam facilidades e dificuldades de acesso, considerando-os sob os aspectos geográficos, económicos, organizacionais. No primeiro aspecto destacaram-se a forma e o tempo de deslocamento, bem como a distância entre a moradia de utentes e o serviço de saúde. Os aspectos económicos e organizacionais destacaram-se bastante na escolha do serviço, porém o acolhimento teve primazia sobre os anteriores. O acolhimento, a forma de organização do serviço e a competência profissional da equipa foram factores de grande

importância, geradores de facilidades e satisfação por parte dos (as) utentes. Com relação às dificuldades, o estudo apontou o tempo e as condições de espera dos (as) utentes antes de o serviço abrir as suas portas. Em relação à classe social, a literatura demonstra que as pessoas mais pobres tendem a procurar os serviços de saúde quando o seu estado de saúde é pior, necessitando de um tratamento mais intensivo. Por outro lado, as pessoas que recorrem mais aos cuidados de saúde tendem a apresentar ou avaliar melhor o seu estado de saúde do que aqueles que não utilizam esses serviços (Noronha, Andrade, 2001)

Alguns estudos demonstram que a posição da população na estrutura social influencia a determinação das necessidades de saúde destas pessoas. O padrão de risco aponta para uma maior desvantagem das pessoas pertencentes a grupos sociais menos privilegiados. A estrutura de consumo de serviços mostra que os grupos sociais de mais alto rendimento consomem mais serviços de ambulatório, enquanto que os serviços hospitalares têm seu consumo aumentado na medida em que o rendimento social decresce (Travassos et al., 2000).

Travassos et al., (2000) realizaram um estudo com o objectivo de avaliar o padrão de equidade no consumo de serviços de saúde no Brasil, a partir de duas dimensões: a geográfica e a social. Os autores concluíram que houve uma pequena redução dos níveis de desigualdade no período analisado, com o sistema de saúde mantendo-se caracterizado por marcadas iniquidades.

O estudo de Assis, Villa e Nascimento (2003) sobre acesso de utentes às unidades básicas de Feira de Santana, Brasil, objectivou analisar a percepção de utentes quanto às características dos serviços utilizados no sistema local de saúde. Utilizaram a observação de dois centros de saúde e a entrevista com 25 utentes atendidos nos referidos centros. Os resultados mostraram que o acesso aos serviços é focalizado e selectivo para responder a uma determinada queixa, tecnologicamente atrasado e discriminatório, dirigido a utentes de baixo rendimento que tem menor qualificação no sector formal da economia e a população excluída socialmente.

Travassos e Viacava (2007) desenvolveram um estudo para analisar o acesso aos serviços de saúde e a sua utilização por pessoas idosas residentes em áreas rurais no Brasil, em 2003, comparando os padrões observados com idosos residentes em área urbana e com o padrão existente em 1998, a partir dos dados dos suplementos sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Os autores verificaram que as barreiras de acesso eram maiores na área rural em comparação à urbana. A utilização de serviços de saúde foi menor do que nos idosos urbanos, mesmo para aqueles que referiram problema de saúde. A análise do tipo de serviço utilizado mostrou que há acesso limitado a serviços de complexidade intermediária. Os resultados sugerem que os mais idosos apresentam barreiras de acesso ainda maiores. O diferencial de género na utilização favorável à mulher foi mais

marcado nos idosos rurais. Barreiras financeiras também foram mais marcadas. Houve indicativo de alguma melhoria no desempenho dos serviços de saúde.

Nos Estados Unidos, Diamant et al., (2001) avaliaram os efeitos de fornecer cuidados de saúde gratuitos a adultos de baixo rendimento. Os autores mediram o acesso aos cuidados de saúde primários por 2164 pessoas com quatro condições crónicas de saúde num Programa de Cuidado à Saúde implementado em Los Angeles. Os resultados evidenciaram que um total de 17% das pessoas visitou os seus médicos no período de quatro meses. A proporção de visitas foi maior para pessoas com idade inferior a 50 anos e do sexo feminino. Os autores concluem que não é suficiente fornecer somente o nome e endereço do médico para esta população. Esforços mais agressivos deveriam ser tentados para aumentar a utilização de serviços para utentes com condições de saúde que se enquadram no atendimento de ambulatório.

Diamant et al., (2004) desenvolveram um estudo também em Los Angeles, com o objectivo de estimar a prevalência e determinantes da demora e não atendimento das necessidades para o cuidado médico entre 1819 pacientes adultos, num sistema de saúde público reestruturado. Os autores concluíram que as barreiras para as necessidades de cuidado de saúde continuaram a existir entre os pacientes. A falta de seguro de saúde e as condições mais precárias de saúde foram os factores de maior risco para a falta de resolução das necessidades de cuidado de saúde.

O estudo de Andersen et al., (2002) avaliou o impacto de variáveis a nível de comunidade sobre as características individuais no acesso de crianças e adultos com baixo rendimento, residentes em grandes áreas metropolitanas dos Estados Unidos. Os dados individuais foram provenientes do Inquérito Nacional de Saúde de 1995 e 1996. As variáveis a nível da comunidade derivaram de dados de múltiplas fontes de uso público. Os resultados demonstraram que a proporção de pessoas que receberam uma visita médica variou de 63% a 99% para crianças e de 62% a 83% para adultos. O acesso foi melhor para as pessoas com seguro de saúde e para aquelas que viviam em comunidades com mais centros de saúde apoiados por fundos federais.

Brow et al., (2004) realizaram um estudo similar ao de Andersen et al., (2002) para o acesso ao cuidado em ambulatório para adultos com baixo rendimento em 54 áreas urbanas nos Estados Unidos. Os autores detectaram que diversos factores da comunidade influenciaram o acesso, mas eles foram mais diferenciados para adultos com e sem seguro de saúde. Os resultados confirmaram que as políticas públicas e o ambiente da comunidade têm impactos substanciais e mensuráveis no acesso ao cuidado.

Krushel, Vittinghoff e Haas (2008) desenvolveram um estudo nos Estados Unidos com o objectivo de descrever os factores associados com o uso dos cuidados de saúde e as barreiras enfrentadas por 2974 pessoas sem-abrigo. Foram utilizados dados secundários do Inquérito Nacional de Assistências aos Sem-abrigo, recolhidos no período de Outubro a Novembro de

1996. Os autores concluíram que as pessoas sem-abrigo enfrentam grandes barreiras para as necessidades de cuidado e apresentam um rácio de uso dos cuidados hospitalares mais elevado. O seguro de saúde foi associado com o maior uso de cuidados em ambulatório e poucos relataram barreiras.

Os estudos acima citados sobre o acesso mostram que ainda existe desigualdades sociais, as quais exercem uma forte pressão sobre a saúde de uma população, em especial das mais vulneráveis, como a das pessoas idosas e pobres. Isto porque uma pessoa pode não ter acesso a melhores condições de saúde não por uma decisão particular ou por não se preocupar com a sua saúde, mas sim por existirem desigualdades sociais que impedem esta pessoa de obter uma boa saúde. Assim, a justiça social actua sobre as pessoas e grupos populacionais de forma imponderável. Uma enfermidade não tratada e também não prevenida por motivos sociais, tais como pobreza e epidemias, é bem distinta de uma enfermidade ocorrida por decisão própria da pessoa, como o hábito de fumar. Estes factores vão repercutir fortemente sobre a justiça social (Sen, 2002). Neste sentido, embora a principal meta de política de acesso à saúde, na maioria dos países, seja a de promover uma distribuição equitativa de saúde, os poucos estudos sobre acesso a serviços de saúde, realizados em Portugal, sugerem a presença de desigualdades sociais em saúde e de barreiras para obter cuidados de saúde (Mendes, 2001). Os estudos no Brasil e Estados Unidos apontam na mesma direcção, agravadas no segundo caso pela privatização dos serviços de saúde. Cabe ainda destacar que, na maioria dos estudos, aponta-se a necessidade de saúde como o factor mais importante para explicar o *acesso* (Travassos, Viacava, 2007).

É de extrema importância diminuir a desigualdade no acesso aos serviços de saúde para as pessoas, em especial para os grupos vulneráveis e com pobres condições de saúde, no sentido de obterem maior qualidade de saúde. Boa saúde é essencial para que as pessoas, aqui em especial as pessoas mais idosas, possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade (WHO, 2001).

4. METODOLOGIA

Este estudo insere-se no paradigma qualitativo. A investigação qualitativa é entendida por alguns autores como uma "expressão genérica". Isto significa, por um lado, que ela compreende acções de investigação que podem ser designadas específicas e, por outro, que todas elas podem ser caracterizadas por traços comuns (Triviños, 1995). Conforme Minayo (1999, p.22), "a rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica do seu objecto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: pessoa, em determinada condição social, pertencente a um determinado grupo social ou classe com as suas crenças, valores e significados. Se falarmos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico". Os métodos qualitativos não partilham os mesmos objectivos, no entanto, partilham uma característica fundamental, investiga-se «com» e não «para» as pessoas de interesse (sujeitos do estudo) (Minayo, 2007).

Bogdan (cit in Triviños, 1995) atribui cinco características à pesquisa qualitativa:

1. Tem um ambiente natural como fonte directa dos dados e o pesquisador como instrumento Chave;
2. É descritiva - a interpretação dos resultados emerge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenómeno num contexto;
3. Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto;
4. Os pesquisadores qualitativos visam a análise dos seus dados indutivamente;
5. O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa procura descrever a complexidade de determinados problemas, analisar a interacção de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir para o processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, num maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento das pessoas (Richardson et al., 1999). A escolha desta abordagem deve-se ao facto de se mostrar apropriada para a compreensão do acesso a serviços de saúde por pessoas idosas.

4.1. CONTEXTO E PARTICIPANTES NO ESTUDO

O contexto deste estudo envolveu dois Centros de Saúde da mesma Unidade de Saúde, um situado em zona urbana e outro em zona rural, pertencentes ao distrito do Porto. A realização do estudo foi autorizada pela Administração Regional de Saúde do Norte e contou com a colaboração do director de ambos os centros.

Participaram neste estudo 30 pessoas idosas, 15 do sexo masculino e 15 do sexo feminino. Os critérios de inclusão destas pessoas no estudo foram: ter idade igual ou superior a 65 anos; ser de classe económica baixa; estar inscritas em centro de saúde do Distrito do Porto; serem autónomas - ter capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências (WHO, 2002).

Neste estudo, utilizamos a Classificação de Graffar. Esta é uma classificação social internacional, estabelecida em Bruxelas, Bélgica, pelo Professor Graffar (Anexo I). Esta classificação baseia-se no estudo de um conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita (Wikipedia, 2008). Através desta classificação foi possível avaliar o índice de pobreza das pessoas idosas que participaram deste estudo.

4.2. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados em investigação qualitativa pode utilizar uma grande variedade de técnicas. Neste estudo foram utilizadas a observação focalizada (livre) e a entrevista semi-estruturada. Observar é algo mais além de olhar, é segundo Trivinões (1995), destacar de um conjunto (animais, pessoas, objectos, etc) algo específico, prestando atenção as suas características. A observação livre, ao contrário da observação padronizada, deixa um espaço aberto para a observação, na medida em que não requer o estabelecimento de pré-categorias para compreender o fenómeno que se observa (Trivinões, 1995). A observação decorreu no Centro de Saúde Urbano (CSU) entre Abril e Maio de 2008 e no Centro de Saúde Rural (CSR) entre Dezembro de 2008 e Janeiro de 2009. Foi utilizada como técnica complementar para obter dados referentes ao contexto do centro de saúde, à forma de organização e funcionamento.

A entrevista valoriza a presença do entrevistador e proporciona ao entrevistado a liberdade e naturalidade necessárias para o enriquecimento da investigação (Trivinões, 1995). Na entrevista, conforme Minayo (2007), as pessoas são convidadas a falar livremente sobre um tema e as perguntas, quando realizadas, buscam aumentar a profundidade das reflexões. O entrevistador liberta-se das formulações prefixadas, introduzindo perguntas ou fazendo intervenções que pretendem abrir o campo de explanação do entrevistado. Trivinões entende que as entrevistas semi-estruturadas «partem de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe as respostas do informante» (1995, p. 146).

Com base no referencial teórico foi elaborado o instrumento da entrevista semi-estruturada. Este instrumento encontra-se composto por duas partes, a primeira contendo as características sócio-demográficas dos participantes e a segunda, dez questões abertas relativas ao acesso ao centro de saúde (apêndice-I). As entrevistas foram realizadas no período de Abril

de 2008 a Agosto de 2009 e tiveram a duração média de 40 minutos cada, sendo imediatamente transcritas para análise. O seu desenvolvimento permitiu uma interlocução entre investigador e participante e contribuíram para o desenvolvimento do tema proposto.

4.3. REGISTO DOS DADOS

O registo dos dados da observação foi realizado através de anotações de campo. Estas anotações incluíram todas as observações e reflexões realizadas sobre expressões verbais e acções dos sujeitos, descrevendo-as, primeiro, e fazendo depois comentários críticos, sobre as mesmas. Neste estudo, adoptamos dois tipos de anotações, nomeadamente a de natureza descritiva e a reflexiva (Triviños, 1995).

- Anotações de campo de natureza descritiva - descrição dos comportamentos, acções, atitudes, palavras, etc., envolvem significados, representam valores, pressupostos, etc., próprios do sujeito e do ambiente sociocultural e económico ao qual pertence, na tentativa de dirigir o máximo de fidelidade.
- Anotações de campo de natureza reflexiva - reflexão sobre o desenvolvimento do processo de observação, cada facto, comportamento, atitude ou diálogo que se observa e que podem sugerir novas ideias.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com a autorização das pessoas entrevistadas. Segundo Triviños (1995), este tipo de registo permite contar com todo o material fornecido pela pessoa entrevistada, o que não ocorre utilizando as anotações durante a entrevista. Um outro ponto a considerar é que a pessoa entrevistada pode ajudar a completar, a aperfeiçoar, e a destacar as ideias expostas.

4.4. ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Este é um estudo qualitativo de tipo exploratório descritivo, assente na procura de sentido da descrição da experiência humana, ligada aos enunciados verbais dos sujeitos. Bardin (2007) refere que a análise do material qualitativo deveria ser aplicável a todas as formas de comunicação, independentemente da sua natureza, possuindo, então, duas finalidades que podem ou não dissociar-se: uma função heurística, que enriquece a tentativa de explorar, abrindo o caminho para a descoberta e uma função de “administração de prova”, que se realiza por um método de análise sistemático, no sentido de verificar, confirmar ou infirmar uma hipótese, questão ou afirmações provisórias. Minayo evidencia um terceiro aspecto, “que envolve a ampliação dos contextos culturais, ultrapassando o nível espontâneo das mensagens” (2007, p.300).

Os objectivos e finalidades da análise do material qualitativo limitam os caminhos para a sua realização. No entanto, são vários os caminhos possíveis, que dependem, praticamente, da

corrente de pensamento do investigador (Minayo, 2007). Assim, e tendo em conta estes aspectos, optámos pela Análise de Conteúdo, que, como refere Bardin (2007, p.42), é *“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”*.

A abordagem da análise de conteúdo deste estudo é a hermenêutica-dialéctica de Minayo (2007). Esta análise, conforme Minayo (2007), é proposta por Habermas no seu diálogo com Gadamer, em que, confluem duas correntes filosóficas, que através das suas contribuições e os seus limites, ampliam a compreensão e a crítica da realidade social. A hermenêutica *“realiza o entendimento dos textos, dos factos históricos, da quotidianidade e da realidade, ressalta que as suas limitações podem ser fortemente compensadas pela proposta do método dialéctico. A dialéctica, por sua vez, ao sublinhar as discrepâncias, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da quotidianidade”* (Minayo, 2007, p. 349).

Embora Habermas tenha proposto a análise Hermenêutica-dialéctica é Minayo (2007) quem procura operacionalizar esta abordagem considerando sempre a questão do contexto e da empírica. Destaca dois pressupostos deste método de análise. O primeiro refere-se à ideia de que não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção de conhecimento. O segundo aponta para o facto de que a ciência constrói-se numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge da realidade. Minayo (2007), para além destes pressupostos, entende que os resultados em ciências sociais não são o reflexo da mesma, mas antes uma aproximação da realidade, que nenhum dado de pesquisa pode reduzir.

Partindo destes pressupostos, Minayo (2007) propõe dois níveis de interpretação que precisam ser realizados. O primeiro está relacionado ao campo das determinações fundamentais que engloba o contexto sócio-histórico, político e económico do contexto social a ser estudado, constituindo um marco teórico-fundamental para a análise. Este primeiro momento pode ser pensado esquematicamente como o de busca de compreensão destas determinações fundamentais, começando a serem mapeadas as categorias, que são formuladas no segundo nível de interpretação. Tendo presente este primeiro nível, procuramos analisar as condições de acesso de pessoas idosas pobres aos centros de saúde do Distrito do Porto.

No segundo nível de interpretação, verificamos o encontro dos dados empíricos com o referencial teórico-fundamental. Deste modo, é ao mesmo tempo o ponto de partida e de chegada da análise. Procuramos encontrar nos relatos dos (as) informantes o sentido, a lógica interna, as projecções e as interpretações (Minayo, 2007). É neste nível, que as entrevistas realizadas com as pessoas idosas serão consideradas. Minayo (2007, p. 357-9) sugere três fases para operacionalizar este segundo momento de interpretação:

- Ordenação dos dados: nesta fase os dados do trabalho de campo são organizados e estruturados. Neste estudo, corresponde à transcrição das entrevistas.
- Classificação dos dados: neste momento é importante termos em mente que os dados não existem no vazio, ou por si só. Eles são arquitectados pelas nossas questões sobre eles, com base na fundamentação teórica, através da: a) leitura horizontal e exaustiva das entrevistas, para buscar a coerência interna das informações, fazendo emergir as “estruturas relevantes dos actores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos chave e as suas posturas sobre o tema em foco”. Este facto possibilita a construção de categorias empíricas, para mais tarde serem transformadas em categorias analíticas, teoricamente estabelecidas; b) leitura transversal, nesta fase realiza o recorte da entrevista em “unidades de sentido”, por “estruturas de relevância”, por “tópicos de informação”, ou por “temas”. Neste processo de classificação, colocamos as partes semelhantes juntas, buscando compreender as conexões entre elas, e guardando-as em códigos ou gavetas. Procedemos, a seguir, um refinamento destas categorias, em que as múltiplas gavetas são reagrupadas em torno de categorias centrais, numa lógica unificadora.
- Análise final: é o momento em que se estabelece o círculo entre os dados e os referenciais da pesquisa. Sendo sobre este círculo que estabelecemos o movimento “que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstracto, que busca as riquezas do particular e do geral é o que se chama, (...), “o concreto pensado”.

4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo foram respeitadas todas as questões éticas e morais. Os princípios relativos ao direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2003). Os(as) participantes foram previamente informados, de forma esclarecedora, sobre a finalidade, propósito e processo do estudo, bem como prontamente esclarecimentos(as) acerca de qualquer dúvida que considerassem pertinente para uma melhor compreensão do estudo. Durante a explicação foram assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades e a dos(as) participantes. O consentimento livre e esclarecido por parte dos sujeitos foi obtido por escrito, factor essencial à manutenção da ética na conduta de investigação (Brent, 1990; Cassidy e Oddi, 1986, cit in Minayo, 2007) (apêndice - II).

Por uma questão de anonimato foi atribuído a todos os participantes uma sigla com a identificação do centro de saúde (urbano ou rural), do sexo (M -masculino ou F - feminino) e do número da entrevista. Assim, CSUM-2 corresponde ao centro de saúde urbano, do sexo

masculino, entrevista 2 e CSRF-3 corresponde ao centro de saúde urbano, do sexo feminino, entrevista 3.

4.6. RIGOR DO ESTUDO

Com o intuito de aumentar a credibilidade e exactidão deste estudo, utilizamos alguns dos critérios desenvolvidos ao longo de vários anos por Leininger (2007) e outros investigadores qualitativos. Salientamos a credibilidade que se refere à verdade como conhecida, experimentada ou sentida profundamente pelas pessoas estudadas. A confirmabilidade inclui obter evidências a partir dos informantes acerca dos achados ou interpretações do investigador. Por este facto, procuramos ao longo das entrevistas solicitar exemplos das suas ideias.

Ao utilizar a análise Hermenêutica-dialéctica, reforçamos um destes critérios, que é o significado no contexto. Estes significados focam-se na contextualização das ideias e experiências dentro de uma situação, contexto, ou ambiente total, enquadrando-se no primeiro pressuposto da análise proposta, que considera o contexto dos(as) participantes do estudo. Por último, destacamos a padronização recorrente e a saturação. O primeiro está intimamente ligado ao processo de categorização da análise de conteúdo. A saturação significa que o investigador fez uma pesquisa exaustiva do fenómeno em estudo. O termo da realização das entrevistas envolveu este facto, pois não imergiram dados novos para compreender o fenómeno em estudo.

5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em cinco temas, cujos conteúdos estão orientados para o objectivo geral deste estudo e dirigidos pelo referencial teórico adoptado. Assim sendo, inicialmente expomos as características do contexto do estudo, neste caso, os centros de saúde urbano e rural. Abordamos alguns aspectos da estrutura física, dos recursos humanos e da organização e funcionamento. Em seguida, caracterizamos os(as) participantes do estudo, ou seja, as pessoas idosas e pobres que frequentam os centros de saúde em questão. Evidenciamos alguns dados pessoais, incluindo a proximidade e o meio de transporte para se deslocarem ao centro de saúde, assim como o apoio familiar que dispõem e suas necessidades de saúde. Descrevemos, a seguir, os comportamentos de saúde, destacando-se o uso do serviço de saúde, o fluxo de acesso a este serviço e as práticas de cuidado de saúde. Os resultados de saúde são apresentados a seguir, em que destacamos os efeitos avaliados e percebidos e a satisfação das pessoas idosas com os cuidados de saúde. Finalmente, apontamos as barreiras no acesso ao centro de saúde. Na apresentação dos resultados, seleccionamos apenas alguns excertos representativos dos discursos dos(as) participantes para exemplificar os aspectos mencionados.

5.1. CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS

Na escolha das instituições foi considerada a posição das mesmas na hierarquia da estrutura organizativa. Foram, assim, seleccionadas instituições que se constituem em “porta de entrada” ao sistema, no qual se dá ou se deveria dar o primeiro contacto do utente com o sistema de saúde. Os Centros de Saúde, em questão, estão localizados no norte do país e ambos pertencem ao mesmo Concelho, no Distrito do Porto e sub-região do grande Porto. Situam-se numa cidade portuguesa, com 71, 73 km de área e com cerca de 20 700 habitantes na cidade e 38 000 no concelho e encontra-se subdividido em 8 freguesias.

Um dos Centros de Saúde fica localizado no centro da cidade (urbano) e o outro numa freguesia (rural). O centro de saúde urbano foi construído há mais de 30 anos, enquanto o rural foi construído em 2005 e é uma extensão de saúde do centro de saúde urbano. Ambos os centros pertencem à mesma unidade e possuem um delegado de saúde pública. O Centro de Saúde Urbano tem 16 médicos de família, uma enfermeira chefe, 23 enfermeiros, uma nutricionista, um técnico de serviço Social, dois técnicos de serviço ambiental, um chefe de secção administrativa, 16 administrativos, um motorista, dois auxiliares de apoio à vigilância. O centro de saúde localizado na cidade tem no total 21 767 utentes inscritos em médicos de família e 4 712 utentes inscritos sem médico de família. O Edifício tem três pisos e o acesso externo pode ser realizado através de rampa ou escadas. O piso 0 – tem dois gabinetes médicos, quatro de enfermagem, um de vacinas, um de saúde infantil, dois de observação de saúde e uma sala de espera. No piso 1 – encontra-se os gabinetes: do serviço social, de cuidado a pessoas com

hipertensão arterial, da nutrição, quatro gabinetes médicos, a secretaria com quatro postos de atendimento e uma grande sala de espera. No piso 2 – tem dois gabinetes médicos, a secretaria, um gabinete de saúde ambiental, um gabinete do delegado de saúde pública e uma sala de espera. Todas as salas de espera possuem televisão e um grande número de cadeiras. Tem luz directa e ventilação. O edifício não possui elevador, o que dificulta o acesso das pessoas idosas e com deficiência. O horário de funcionamento do centro de saúde é das 9:00 às 20:00 horas, de segunda às sextas-feiras.

O acesso ao centro de saúde rural situa-se numa freguesia da mesma cidade do centro de saúde urbano e tem 4 445 utentes inscritos e todos têm médico de família. O centro de saúde é localizado numa freguesia (rural) e abrange mais duas freguesias próximas. Teve a sua inauguração em Agosto de 2005 e anteriormente todos utentes deste centro pertenciam ao CSU. Tem três médicos, duas enfermeiras permanentes, três administrativos, um auxiliar de acção médica e dois seguranças. Tem três salas de enfermagem; quatro gabinetes médicos, uma sala de observações, uma sala de reuniões, um bar, duas casas de banho de serviço, 3 casas de banho para os utentes, uma sala de sistema informático e uma arrecadação com dois armazéns de material clínico e dois administrativos. É um centro construído de raiz, novo de um só piso. No entanto, a sala de espera é muito pequena e possui um número reduzido de assentos, fazendo com que o tempo de espera das pessoas idosas se torne exaustivo. O horário de funcionamento é também das 8:00 às 20:00 horas, de segunda às sextas-feiras.

5.2. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

Neste estudo participaram 30 pessoas idosas, 15 do centro de saúde urbano (CSU, sete do sexo masculino e oito do sexo feminino) e 15 do centro de saúde rural (CSR, oito do sexo masculino e sete do sexo feminino), em cada um dos centros. A idade dos homens variou de 67 a 80 anos (média de 74,2) e das mulheres de 65 a 83 anos (média de 71,4). Todas as pessoas idosas, de ambos os sexos, têm nacionalidade portuguesa, são de raça branca e de religião católica.

A maioria dos homens do CSU são casados (n-5), sendo o restante viúvo (1) e solteiro (n-1) e as mulheres dividem-se entre casadas (n-4), viúvas (n-3) e divorciadas (n-1). Também a maioria dos homens do CSR é casado (n-6) e a minoria viúvo (n-2) e as mulheres dividem-se em viúvas (n-3) e casadas (n-4). O número de filhos em ambos os centros varia, no sexo feminino, de um e seis, enquanto no masculino, entre zero e oito.

O baixo nível de escolaridade é notório em ambos os sexos nos dois centros de saúde. Nos homens do CSU, o nível de escolaridade médio é o 4º ano (n-5), 3º ano (n-1) e 5º ano (n-1), já nas mulheres varia entre 3º ano (n-3) e o 6º ano (n-1). No CSR a escolaridade mínima é o 3º ano (n-6) e o máximo 4º ano (n-8) em ambos os sexos. Todos os participantes são reformados e nenhum possui seguro de saúde.

Nos dois centros de saúde, o rendimento pessoal é um pouco superior nos homens e varia entre <500 (n-8) 1000 (n-7) euros, enquanto nas mulheres, o rendimento pessoal é <500 euros (n-15). O rendimento pessoal varia em ambos os sexos entre <500 e os 1000 euros. O rendimento familiar das pessoas idosas do sexo masculino é <1000 (n-9), <1500 (n-4), <2000 (n-1) e <3000 (n-1) euros. Já no sexo feminino é de <500 (n-4), <1000 (N-7), <1500 (n-3) e <3000 (n-1) euros. A classificação de Graffar corresponde ao índice mais baixo, ou seja, índice 5, para todas as pessoas idosas.

5.2.1. Proximidade do centro de saúde e meio de transporte

A grande maioria das pessoas idosas reside próxima do CSU (feminino n-6 e masculino n-4) e do CSR (feminino n-7 e masculino n-7). Esta proximidade é descrita como sendo facilitadora do uso de ambos os centros de saúde. A construção do CSR e a consequente transferência das pessoas das freguesias rurais para este centro facilitaram o acesso geográfico destas pessoas aos cuidados de saúde.

“Só uso este centro de saúde há mais ou menos um ano e meio. É mais perto, pedi para me transferirem para cá” (CSRM-1).

“O Centro de saúde está muito bem localizado, no centro da cidade e tem transporte à porta” (CSUM-7).

“É aqui na freguesia, próximo da minha casa, não preciso de andar de transportes como até aqui...isso facilita muito, não só para mim como para as pessoas das freguesias próximas ...” (CSRM-12).

“Se a consulta estiver marcada para as 9h30, apanho o autocarro das 9h menos 10 e saio ao pé do centro de saúde antes das, é perto, não chega a 10 minutos de distância.” (CSUF-15).

A localização é outro dos factores facilitadores do acesso ao centro de saúde, referido por pessoas idosas de ambos os centros de saúde, CSU (homens n-4, mulheres n-4) e CSR (homens n-2, mulheres n-1). Deste modo, o facto de estarem localizados numa zona com acessibilidade aos transportes, facilita o acesso aos mesmos.

A maioria das mulheres (n-5) pertencentes ao CSU e duas mulheres do CSR utilizam com frequência o autocarro para ter acesso ao centro de saúde. Duas mulheres pertencentes ao CSU referem que o bilhete do autocarro é caro. A maioria das pessoas do CSU (homens n-5) e do CSR (homens n-5, mulheres n-5) vão de carro, sendo que desses, duas mulheres do CSR e três homens do CSU mencionaram que os filhos é que os levam. Apenas um utente do CSU mencionou deslocar-se ao centro de saúde de motorizada.

“eu vou sozinha, de autocarro, sai à porta e é rápido, são uns 10, 15 minutos. O bilhete é que é um pouco caro, quase um euro (autocarro) ” (CSUF-8).

“é o meu filho que me leva e que me trás de carro porque está desempregado” (CSUM-13).

“A minha neta é que me traz de carro” (CSRM-7).

Quatro homens do CSR referem ir a pé, pelo facto de ser próximo e mais barato. Além destes aspectos, um homem do CSU menciona os efeitos benéficos da caminhada na saúde. Somente uma mulher menciona que o centro de saúde fica longe da sua residência.

“Dantes usava o outro, mas era muito longe, cerca de 15 minutos de camioneta e só temos ao início da manhã e da tarde. E também gastava muito dinheiro nos transportes. Aqui é mais perto, moro na outra freguesia mas é aqui pegado, a cerca de 10 minutos um quarto de hora a pé” (CSRM-2).

“Vou quase sempre a pé, não é muito longe... mas agora, nesta idade, demoro sempre 20 minutos ou mais. Mas faz-me bem andar e é quase sempre plano... enquanto vou, também faço exercício, a médica manda-me andar” (CSUM-7).

As pessoas idosas que fizeram parte do estudo e que pertencem ao CSR residem próximo ao centro de saúde, o que facilita o acesso ao serviço de saúde. Já as pessoas que pertencem ao CSU recorrem mais ao transporte público. A existência de meios de transporte público com paragem próximo do centro de saúde é mencionado mais por pessoas idosas do CSU (n-9) do que pelas do CSR (n-1).

Observamos, assim, que as pessoas idosas que usam o CSR residem mais próximas do centro de saúde do que as que pertencem ao CSU, sendo esse o principal motivo que as levaram a mudar de centro. Verificamos, ainda, que as mulheres foram as que mais consideram a proximidade como factor facilitador do acesso ao serviço de saúde.

5.2.2. Apoio familiar

O acompanhamento familiar foi referido por cinco mulheres e dois homens do CSR e, por cinco homens do CSU. Os familiares que os acompanham são filhos, netos, genros, esposos e irmã. Os motivos do acompanhamento são dificuldades auditivas e de compreensão do que lhes é dito. Um número reduzido de pessoas idosas (CSU homens, n-1 e CSR homens, n-1) relata que têm apoio para obter a “sua vez”. Uma minoria das mulheres (n-2) do CSU e dos homens (n-3) do CSR menciona que têm alguém que lhes vai pedir as receitas ao CS. Apenas uma pessoa idosa do sexo feminino pertencente ao CSU refere que os familiares a apoiam em tudo. As restantes pessoas idosas destacam que não dispõem de acompanhamento, no entanto não vêem isso como uma dificuldade no acesso.

“A minha filha vai quase sempre comigo, porque eu não ouço bem. Assim, a Dra. explica a ela o que tenho de fazer, a hora da medicação e os exames” (CSUM-7).

“A minha filha mais velha veio comigo, ela é que tem de explicar ao Dr. o que o especialista disse e o que me fizeram no hospital” (CSRM-7).

Verificamos que as pessoas idosas do sexo masculino mencionam ter mais apoio familiar do que as do sexo feminino, para se sentirem mais amparados e compreenderem melhor

as informações médicas. As pessoas idosas do CSR relatam ter mais apoio familiar do que as do CSU.

5.2.3. Necessidades de saúde

As necessidades de saúde são apresentadas como avaliadas e percebidas. As necessidades avaliadas representam o pensamento profissional sobre a condição de saúde das pessoas e as suas necessidades para a obtenção de cuidado médico. As percebidas estão relacionadas com a forma como as pessoas percebem a sua condição de saúde, fenómeno social explicado pela estrutura social e crenças de saúde.

Em relação às necessidades avaliadas após diagnóstico médico, as pessoas idosas de ambos os centros de saúde referem vários problemas de saúde: - hipertensão – homem (n-1) e mulheres (n-3); diabetes - homens (n-4) e mulheres (n-2); cardiovasculares - homens (n-3) e mulher (n-1); reumatismo – homem (n-1) e mulheres (n-3); audição - homem (n-1); gastrite - (mulher n-1 e homem-1); intestinais - homem (n-1); incontinência urinária - mulher (n-1); acidente vascular cerebral - homem (n-1); foro psíquico - mulher (n-1); depressão – homens (n-2) e mulher (n-1), oftalmológicos - mulher (n-1); problemas respiratórios - mulher (n-1) e problemas de fígado - mulher (n-1).

No que se refere às necessidades percebidas, a maioria das pessoas caracterizam o seu estado como instável, alternando dias em que se sentem bem e dias em que se sentem mal. Das pessoas do sexo masculino (n-2), uma de cada CS, considera que se sente bem. Duas participantes do sexo feminino dizem que estão satisfeitas, apesar dos problemas de saúde. Uma pessoa do sexo feminino (CSU) refere que tem saúde fraca.

“Sinto-me bem. Estou controlado, sei o que posso ou não fazer e comer” (CSUM-2).

“A minha saúde é fraca. Sinto-me muito mal...dói-me muito os ossos, agora com o inverno piora muito” (CSUM-7).

“Estou satisfeita. Claro que se estivesse bem de saúde, estaria melhor e mais satisfeita. Mas o meu problema está relacionado com a idade” (CSUF-3).

“Sinceramente não noto diferença nenhuma na minha condição, faço tudo na mesma e sinto-me relativamente bem...tenho dias, como todas as pessoas” (CSUF-3).

Somente um dos participantes masculinos do CSU considera-se um privilegiado por chegar aos 80 anos, mesmo com os seus problemas de saúde. Algumas pessoas idosas do CSU (homens, n-1 e mulheres, n-2) e do CSR (homens, n-3 e mulheres, n-1) referem ter mudado os hábitos de alimentação, derivado à sua condição de saúde. Outras pessoas do CSU (homens, n-1) e do CSR (homens, n-3 e mulheres, n-2) mencionam que recorrem a medicação para não terem dores.

“Nesta altura já me considero um privilegiado por chegar aos 80 anos. De qualquer das formas, nesta idade aparece coisas de todo o lado. Começo a ouvir uns barulhos aqui de lado (ouvido direito), farto-me de tomar medicamentos, não adianta nada. Os pés incham-me, quer dizer, é assim, uma série de coisas...” (CSUM-4).

“Deixei de poder comer o que gosto, chouriço, salpicão, a minha mulher passou a cozinhar com pouco sal e no leite punha três colheres de açúcar, depois passei a colocar uma... foi difícil mas habituei-me...tenho diabetes baixos, mas tenho isto para toda a vida...” (CSRM-12).

“...tomo um medicamento por dia, às vezes descuido-me e sinto-me mal, dores, má disposição... de “resto” faço tudo normal” (CSRM-1).

“Sou muito nervoso. Sofro deste mal há muitos anos. Já estive internado no Hospital Psiquiátrico, mas não sou “tolo”, é dos nervos. A Dra. diz que é o sistema nervoso. Tenho dias em fico um pouco alterado, com dores de cabeça e a minha mulher diz que fico com o olhar diferente, mas com remédios estou bem” (CSRM-10).

Observamos que o problema de saúde avaliado com maior incidência nas pessoas idosas do CSU é a hipertensão, já no CSR é a diabetes e problemas cardiovasculares. Verificamos ainda que as pessoas idosas do sexo masculino apresentam mais problemas cardiovasculares e de diabetes, enquanto no sexo feminino a hipertensão e o reumatismo são os problemas mais avaliados. Todas as pessoas idosas que participaram neste estudo apresentam problemas de saúde e por essa razão necessitam de cuidados apropriados.

5.3. COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Neste estudo, os comportamentos de saúde abrangem o uso do serviço de saúde e as práticas de cuidado em saúde, que passamos a descrever.

5.3.1. *Uso do serviço de saúde*

Todas as pessoas idosas frequentam o centro de saúde e têm um médico de família num dos centros de saúde. A gratuidade é referida pela maioria das pessoas idosas como sendo um dos aspectos que possibilita o acesso ao centro de saúde, pois dispõem de poucos recursos financeiros. Também é apontada como sendo consequência da “baixa” reforma.

O uso do serviço de saúde encontra-se subdividido em frequência e tempo, motivos de uso e fluxo. O uso do centro de saúde tem como finalidade o acesso das pessoas idosas aos cuidados primários de saúde.

O tempo de uso do centro de saúde urbano varia de cinco a setenta e oito anos (média de 48 anos). No que diz respeito ao centro de saúde rural, apenas usam o centro de saúde há menos de quatro anos, uma vez que este centro que é uma extensão do CSU, e foi construído recentemente. Anteriormente, as pessoas do CSR pertenciam ao CSU.

“A este (centro de saúde) venho há ano e meio...mas o outro como sou daqui, sempre usei, há praticamente 65 anos” (CSRF-5).

“Pertencço a este centro de saúde há mais de 40 anos, desde que casei e vim para cá morar” (CSUF-12).

“Quando vim da Alemanha, há mais de 15 anos, os meus filhos insistiram para que eu fosse fazer análises a tudo. Estava tudo bem. Desde então todos os anos vou ao médico e aqui há uns anos, nas análises que o Dr. me mandou fazer, fiquei a saber que era diabético” (CSUM-2).

A frequência ao centro de saúde para as pessoas idosas varia para consultas de rotina (com marcação) entre duas vezes por ano (CSU, homens n-4 e mulheres n-4 e CSR, homens n-2 e mulheres n-3) a quatro vezes ao ano (CSU, homens n-2 e mulheres n-3 e CSR, homens n-3 e mulheres n-3). Apenas dois homens (um de cada centro de saúde), refere que vem cerca de três vezes a seis vezes ao ano. Duas mulheres (uma de cada centro de saúde), mencionam que só vão uma vez por ano ao centro de saúde.

“Agora (desde que lhe foi diagnosticado a diabetes) vou ao Centro de Saúde duas vezes por ano...” (CSUM-2).

“De três em três meses venho ao centro de saúde. Agora venho mais porque o meu médico, marca-me sempre a consulta para andar controlado, rotina” (CSUM-9.)

“Ao centro venho sempre que me sinto doente para vagas, se não, venho para as consultas de rotina de três em três meses (mais ou menos) ” (CSR-5).

“Uso algumas vezes o centro de saúde. Já usei mais, mas pelo menos duas vezes ao ano para ver como ando, se estou igual ou pior...” (CSR-12).

No CSU, o tempo de espera referido pela maioria das mulheres (n-7) e dos homens (n-4), é de cerca de 30 minutos quando têm consulta marcada, já no CSR o mesmo período de tempo é referido por apenas (2 homens e 4 mulheres). Para quatro homens e quatro mulheres o tempo de espera varia de 15 a 20 minutos. O atendimento é referido como sendo rápido por três homens e duas mulheres. Somente quatro mulheres do CSU consideram o atendimento muito demorado.

“Espero sempre... às vezes mais, outras um pouco menos, mas espero sempre... não sei, se estiver muita gente à minha frente, espero aí 20 ou 30 minutos... não sei ” (CSUM-13).

“As consultas com marcação são rápidas, não espero muito, uns 15 a 20 minutos. Mas a das vagas, espero mais tempo, sei lá...40 minutos, uma hora...depende” (CSR-5).

“Espero muito, às vezes 2 horas, já cheguei a esperar 3 horas. Porque tem sempre pessoas à minha frente” (CSUF-3).

As pessoas idosas do centro de saúde urbano reclamam a demora no atendimento quando o tempo de espera é superior a 30 minutos. Referem que, muitas vezes, perdem praticamente toda a manhã ou tarde à espera de serem atendidas e relatam que quando saem do centro de saúde estão mais doentes do que quando entraram, porque o tempo de espera afecta-lhes o sistema nervoso, pois deixa-as ansiosas. Relativamente ao tempo de consulta, todas as pessoas idosas mencionam que são rápidas, variando entre 15 a 20 minutos.

5.3.2. Fluxo do acesso ao centro de saúde

O fluxo do acesso ao centro de saúde consiste no trajecto que as pessoas idosas realizam desde o momento que deixam suas residências até a saída do centro de saúde. A totalidade de mulheres (n-15) e de homens (n-15), de ambos os centros de saúde, descrevem o fluxo de acesso aos cuidados de saúde de forma idêntica, só variando no tempo e meio de transporte utilizado e na forma de aceder ao centro de saúde, uma vez que as infra-estruturas dos dois centros são diferentes.

Relativamente ao CSU, assim que entram no portão (parte exterior do centro de saúde), as pessoas idosas têm de subir alguns degraus, ou optar pela rampa para acederem à porta do centro de saúde e se dirigirem à recepção. Aí ficam em fila aguardando que os atendam e lhes indiquem qual a sua vez. Aguardam nas salas de espera que os médicos os chamem. Se o gabinete do médico de família é no piso da entrada, a sala de espera é ao lado da recepção, se é no piso de cima terão de subir outra escada com cerca de 20 degraus, largos e com muita luz directa. Depois da consulta, passam novamente pela recepção para as recepcionistas carimbarem as receitas médicas e se for o caso agendarem o próximo atendimento.

“Temos um autocarro à porta, passa às 9 horas e depois temos um no final da manhã para casa. O autocarro deixa-nos aqui em cima no jardim, é só descer a rua... cinco minutos. Quando chegamos dirigimo-nos à menina do atendimento, e ela dá-nos a marcação e vamos para a sala de espera. As consultas do Dr. são neste piso, não temos de subir nem descer escadas. Depois esperamos pela nossa vez. O Dr. Chama-nos pelo “altifalante”, esperamos sempre meia hora, às vezes mais. A consulta demora sempre cerca de 20 minutos. A consulta está sempre marcada desde a última vez que vimos ao Centro, já fica marcado... Eu já tinha esta desde que vim cá há cerca de seis meses. A consulta é de manhã e quando o Dr. não pode atender, telefonam (da secretaria) a desmarcar a consulta e fazer nova marcação. Isto já me aconteceu duas vezes. Vim em Novembro, agora vim para me passar as análises e daqui a 15 dias volto para ver os resultados” (CSUM-2).

“Do centro de saúde vivo perto, saio de casa um quarto de hora antes, é só descer a rua e já está, são 5 minutos a pé e vou sempre a pé. Vou ao balcão e digo para o que venho (é aí que demoro mais tempo), elas estão sempre a conversa...e nunca sabem nada...pergunto qualquer coisa, nunca sabem...mandam-me depois esperar pela minha vez e depois sou atendida” (CSUF-14).

As pessoas pertencentes ao CSR referem que quando entram no centro, dirigem-se ao balcão, onde lhe é comunicado a sua vez e, posteriormente, aguardam na sala de espera, que fica ao lado, no mesmo espaço da recepção até serem chamadas.

“Quando chego ao centro é fácil deles (familiares) estacionarem e também para nós mais velhos é fácil de entrar, porque não tem escadas e as portas são largas já a pensar em que precisa, acho eu... A primeira vez que cá vim, foi o porteiro que me indicou o que tinha de fazer e agora faço sempre igual, vou ao balcão digo para o que venho, elas registam e depois espero para ser atendida” (CSRF-13).

“O meu marido traz-me de carro e como moro na freguesia ao lado, aqui pertinho, basta sair de casa 5 ou 10 minutos antes da hora da consulta para chegar a tempo. Mas venho sempre uns 20 minutos antes porque ainda tenho de ir buscar a vaga ao balcão.

Depois espero que me chamem, mais ou menos 20 minutos. Até ser atendida pelo Dr.” (CSRF-5).

Todas as pessoas referiram não necessitar de se levantarem mais cedo do que o habitual para irem ao centro de saúde. Mencionam que é suficiente sair de suas casas meia hora antes da marcação da consulta. Apenas quando não tem consultas marcadas, necessitam chegar ao centro de saúde uma ou duas horas antes do início das vagas para serem atendidos por ordem de chegada.

5.3.3. Práticas de cuidado de saúde

As práticas de saúde englobam os procedimentos desenvolvidos nas consultas e os comportamentos de profissionais interagindo com utentes no desenvolvimento de cuidados de saúde. Os cuidados de saúde praticados pelos médicos incluem, segundo os participantes deste estudo: exame médico, análises clínicas, verificação da tensão arterial, curativos, obtenção de receita médica e de informações sobre os problemas de saúde, controlo das suas condições de saúde. Os cuidados de saúde prestados por enfermeiros(as) envolvem procedimentos como curativos, medição da tensão arterial, aplicação de injeções e apoio na manutenção do equipamento para medir a diabetes. Os administrativos recebem os utentes e fornecem as informações solicitadas. A Assistente social é apenas mencionada por uma pessoa idosa pertencente ao CSU, referindo-se como meio para obtenção de medicação.

Todas as pessoas idosas relatam gostar dos médicos que as acompanham. Os atributos com que descrevem o médico no CSU são: *excelente médico* (homens, n-3); *bom médico* (homens, n-4 e mulher, n-1); *bom atendimento* (homens, n-8 e mulheres, n-3); *competente* (homens, n-3 e mulher, n-1); *bons profissionais* (homem, n-1). Já no CSR, as pessoas idosas descrevem-nos como: *bom médico* (homens, n-3 e mulheres, n-2); *bom atendimento* (homens, n-5 e mulheres, n-7); *competente* (homens, n-3 e mulher, n-1) e *bom profissional* (homem, n-1).

“...o meu médico é excelente pessoa e profissional, estou mesmo muito contente com ele... Trata-me muito bem, responde-me a todas as dúvidas, e eu tenho muitas. Sou o chamado “chato”, gosto de perceber tudo, não saio enquanto não entender” (CSRM-14).

“A Dra. é muito boa médica, percebe o meu problema e é simpática, mede-me as tensões, ausculta-me e pede-me exames” (CSRM-10).

“...o que me agrada mais é o atendimento médico, a forma como me diz as coisas, com calma, fala para a minha filha e repete tudo para mim, pergunta-me se percebi. Gosto mesmo muito, a Dra. é muito boa médica e muito competente” (CSUF-15).

“O bom atendimento dos profissionais e principalmente do médico que é simpático e sabe falar comigo, explica-me bem o que devo fazer” (CSUM-10).

A “convivência” das pessoas idosas com os mesmos médicos é mais longa nos participantes do CSU, e faz com que haja uma maior proximidade entre eles. Essa proximidade faz com que as pessoas idosas realcem as suas percepções sobre a alteração do comportamento dos médicos. Reconhecem que essas alterações se devem ao elevado número de pessoas que atendem por dia, o que se reflecte no processo de cuidado à saúde.

Relativamente aos técnicos de saúde, as pessoas idosas pertencentes ao CSU mulheres (n-5) e homens (n-7) dizem que os enfermeiros(as) são simpáticos(as), esta característica é também mencionada por duas mulheres e três homens pertencentes ao CSR. Outras características com que as definiram, foi: *bem encaradas, disponíveis, atenciosas, cuidadosas, prestáveis*, competentes como constatamos através de alguns depoimentos.

“Os funcionários também são atenciosos e simpáticos, explicam-nos tudo o que perguntamos” (CSRM-1).

“As pessoas que lá trabalham são prestáveis, não tenho queixa, pergunto e respondem-me bem” (CSRF-8).

“Gosto muito da simpatia da minha enfermeira (que dá apoio ao médico de família), a disponibilidade e a atenção que demonstra comigo” (CSRM-14).

“Não tenho queixas, já precisei de vários serviços, como enfermagem, e gostei do atendimento, embora os mais velhos sejam mais frios e distantes, prefiro ser atendida pelos mais novos, explicam melhor e são mais competentes” (CSUF-15).

Nas relações profissional-utente são realçadas as relações com os(as) médicos(as) e com o atendimento dos(as) técnicos(as) de saúde, em que relatam, a comunicação, a informação, o respeito e a simpatia.

A disponibilidade médica para o atendimento sempre que dele necessitam é referida pelos participantes masculinos, n-3 CSR e n-2 CSU. A comunicação/informação é mais valorizada pelas mulheres (n-5) do que pelos homens (n-1) do CSU, já no CSR é referida pelo mesmo número de pessoas em ambos os sexos (homens, n-2 e mulheres, n-2). A simpatia é referida por homens (CSR, n-2 e CSU, n-1) e mulher (CSU, n-2), enquanto que, a atenção é valorizada por mulheres (CSR, n-1 e CSU, n-2) e homens (CSU, n-2 e CSR, n-6). Os participantes destacam os efeitos positivos, como poderemos verificar nos resultados de saúde, a seguir.

5.4. RESULTADOS DE SAÚDE

Os resultados de saúde incluem os efeitos avaliados e percebidos dos cuidados na saúde das pessoas idosas e a satisfação com estes cuidados.

5.4.1. Efeitos avaliados e percebidos

No que diz respeito aos efeitos avaliados, estes evidenciam-se mais nas pessoas idosas do sexo masculino (CSU, n-4 e CSR, n-7) do que no sexo feminino (CSU, n-2 e CSR, n-3) e com maior frequência no centro de saúde rural. As pessoas idosas indicam como efeitos avaliados os resultados dos exames, das operações realizadas, da tensão arterial, assim como as informações sobre a saúde, que além de ajudá-las a cuidarem de si, também aumentam a confiança.

“O médico diz que o meu problema está estável, controlado” (CSRF-6).

“O Dr. diz mesmo que estou bem, mas que tenho de me cuidar e fazer tudo à risca...tomar os medicamentos à hora. Sou um “bocado” esquecido... mas a minha esposa controla os medicamentos” (CSUM-11).

“Dr. sossega-me, vê os medicamentos que tomo, às vezes muda-me por outra marca para ver se me sinto melhor” (CSRM-15).

No que se refere aos efeitos percebidos, no CSU, apenas três homens referem que se sentem bem e um menciona que as melhorias não são muitas. Em relação ao CSR, três homens relatam que não estão melhores. As pessoas do sexo feminino (n-2), uma em cada centro de saúde encaram o seu estado de saúde como melhor após a medicação/tratamento.

“Agora com o que me aconteceu tenho mesmo de vir ao centro e sinto-me melhor...é a medicação para as dores...” (CSUM-13).

“Não tenho muita saúde, mas ando bem” (CSUM-9).

“Bem, deste problema (diabetes) nunca vou melhorar, o que se quer, é que não piore...” (CSRM-12).

“As melhorias não são muitas. A culpa não é dos médicos, é da idade...sofro muito, tenho muitas dores nos ossos. Não sei mais o que fazer, e os medicamentos já fazem muito efeito, bem, tiram-me algumas dores” (CSUM-7).

“Ando mais controlada, tomo os medicamentos que me ajudam a controlar as tensões” (CSUF-12).

Quatro pessoas idosas do CSU (homem, n-1 e mulher, n-1) e do CSR (homem, n-1 e mulher, n-1) mudaram os seus hábitos alimentares após os efeitos percebidos. Quatro mulheres do CSU mencionam que se sentem mais seguras com o cuidado médico. Já no CSR, a confiança é mais referida pelas pessoas do sexo masculino (homens, n-3 e mulher, n-1). Apenas uma mulher do CSR relata sentir-se mais tranquila quando fala com o seu médico.

“Tive um AVC no ano passado e desde então passei a ter mais cuidado com a alimentação...” (CSUM-11).

“As minhas refeições já são quase sem sal, não posso comer doces nem salgados, e já não comia...” (CSUF-8).

“Bem, deste problema (diabetes) nunca vou melhorar, o que se quer é que não piore... estes anos todos os valores não aumentaram muito porque eu deixei de comer o que gostava” (CSRM-12).

“Falo com o meu médico quando preciso de desabafar...por preocupações..., quando não me sinto bem. Isto ajuda-me, dá-me segurança” (CSUF-12).

“Mas o Dr. tem sido muito competente, sabe como lidar com as pessoas, isso ajuda muito....dá-me alento, confiança...mas tenho medo” (CSRM-7).

As pessoas idosas percebem-se melhores com os cuidados de saúde. Os efeitos avaliados e percebidos aparecem interligados neste estudo. Tantos os efeitos percebidos como os avaliados são mais destacados pelos homens. As pessoas idosas do CSR são quem mais destacam os efeitos percebidos.

5.4.2. Satisfação no acesso ao cuidado de saúde

A satisfação das pessoas idosas no acesso ao cuidado de saúde está relacionada com o atendimento, principalmente médico. Referem a comunicação/informação como um dos aspectos de satisfação (CSU, homem, n-1, mulheres n-5 e CSR, mulher n-1).

“Quanto à Dra., é muito simpática, conversa muito comigo, embora eu não perceba metade do que a Dra. diz..., mas a minha filha está atenta e depois explica-me” (CSUM-7).

“O médico conversa muito comigo, pergunta-me sobre a minha vida. ‘Diz senhora pode ir até ao centro comunitário, pode ir até à ginástica, porque é que se incomoda e se enerva, não pode ser” (CSRF-6).

“O que deixa mais contente é o atendimento do meu médico, simpático e preocupado, gosto da maneira como fala comigo e como me aconselha no meu problema” (CSRM-12).

Este aspecto é referido também relativamente a enfermeiros(as) e recepcionistas (CSU, homens n-3 e mulher n-1 e CSR, homens n-5 e mulheres n-3), permitindo-lhes compreender como devem proceder no cuidado.

“...o tratamento que recebo, por todos (enfermeiros, administrativos, médico), são atenciosos, e até já me leram em voz alta o que o Dr. escreveu na receita, porque eu não compreendi nada” (CSRF-9).

“A minha enfermeira, também é excelente, uma simpatia... explicou-me tudo. Fiquei a perceber como é que funciona o aparelho para medir a diabetes e tudo que devia de fazer antes de me picar. Lavar bem e secar as mãos antes de picar, tudo. É uma enfermeira como poucas...” (CSRM-14).

“A simpatia dos médicos e dos enfermeiros. Já precisei de um enfermeiro para me dar injeção em casa e ele foi muito simpático e disponível” (CSUF-14).

“Os funcionários (recepcionistas, enfermeiros, todos...) são simpáticos e atendem-nos bem” (CSRF-5).

A simpatia dos funcionários (CSU, homens, n-2 e mulheres, n-3 e CSR homens, n-5 e mulheres, n-4) é mais apontada pelos participantes do CSR (n-9) do que do CSU (n-5).

A atenção por parte dos (as) médicos (as) é mencionada pela maioria das pessoas idosas do CSR (homens, n-5 e mulheres, n-3); já no CSU são as mulheres as que mais valorizam este aspecto no atendimento (mulheres, n-3 e homem, n-1). A atenção dos(as) funcionários(as) de saúde é destacada pelo sexo feminino (CSR, mulheres n-2 e homens n-2 e CSU mulheres n-3). O mesmo aspecto é atribuído aos(às) enfermeiros(as) do CSU (mulheres, n-3 e homens, n-2) e do CSR (mulheres n-2). Destacamos os seguintes depoimentos:

“Gosto da minha médica, é simpática tranquiliza-me, atende-me bem e dá-me atenção” (CSRF-8).

“Graças a Deus”, tenho sido muito bem atendida, tanto pelos funcionários como pelos enfermeiros, muito atenciosos. Quando tive a lesão nos tendões, porque a corda do poço rebentou, ofereceram-me luvas, gaze, fizeram-me tudo com cuidado” (CSUF-6).

“As enfermeiras também gosto delas, já tive de vir ao curativo quando me “aleijei” na perna, há uns tempos atrás e foram muito atenciosas e cuidadosas” (CSUM-11).

A disponibilidade médica é outro factor de satisfação, referido apenas por dois homens, um de cada centro de saúde.

“A disponibilidade do Dr. a simpatia, atenção é o que gosto mais” (CSRM-2).

“...mas eu nunca precisei, qualquer dúvida que tenho o meu médico está sempre disponível” (CSUM-2).

O respeito, a boa disposição e a educação foram três aspectos salientados mais por pessoas idosas do sexo feminino, relativamente aos(às) funcionários(as) do CSU (n-4) e do CSR (n-5).

“São prestáveis e educados (os funcionários do centro de saúde) ” (CSRF-9).

“As pessoas respeitam-me. Claro, não andam comigo ao colo a “paparicar-me”. Mas, de forma geral estou contente com o atendimento” (CSRF-3).

“mas os funcionários fazem o que podem... informam-nos bem, tem um sorriso quando passam por mim...os que conheço melhor...” (CSUF-12).

Para além dos aspectos acima mencionados, são também apontados como factores de satisfação pelas pessoas idosas do sexo masculino os bons profissionais com competência na prestação do cuidado.

“Principalmente estou satisfeito com os bons profissionais, médicos, assistentes e enfermeiros” (CSUM-13).

“O atendimento do meu médico. É muito bom, competente, atencioso e sabe como lidar comigo” (CSRM-7).

“Gosto do atendimento médico, a forma como sou atendido e principalmente a competência do meu médico” (CSRM-14.)

A satisfação das pessoas idosas com o cuidado de saúde aparece relacionada, principalmente, com a forma de acolhimento. Os(as) médicos(as) são os mais mencionados, seguidos dos funcionários, dentre os quais se destacam os(as) enfermeiros(as) e as recepcionistas.

A satisfação também aparece relacionada com a estrutura de ambos os centros de saúde (CSU, homens, n-3, mulheres n-3 e CSR, homens n-4 e mulheres n-7). A diminuição do tempo de espera (CSU, n-1 e CSR, n-1) e a melhoria da qualidade de saúde prestada (CSU, n-1 e CSR, n-1) são aspectos mencionados com menor expressão e apenas pelos homens.

5.5. BARREIRAS NO ACESSO AO CENTRO DE SAÚDE

Neste estudo, as barreiras no acesso ao centro de saúde são estudadas como obstáculo com que as pessoas idosas se deparam quando recorrem aos cuidados de saúde primários. Como barreira emerge a falta de profissionais de saúde, que é apontada pela maioria dos utentes do CSR (homens, n-6 e mulheres n-4). Mencionam que este aspecto aumenta o tempo de espera para atendimento no CSR (homens, n-3 e mulheres, n-4) e no CSU (homens, n-4 e mulheres, n-6). O tempo prolongado para o acesso a nova consulta é referido pela maioria dos utentes do CSR (homens, n-5 e mulheres, n-2).

“Para mim, o que acho pior é que os médicos são poucos e isso faz com que aumente o tempo de espera para ser atendido e também para ter uma consulta, demora mesmo muito” (CSRF-12).

“O tempo de espera para ter consulta é muito... há falta de médicos. Eu tenho médico de família, mas são poucos médicos para tantos utentes e não atendem todos os dias” (CSRM-1).

“O tempo de espera podia ser menor, mas como demora no atendimento, depois atrasa sempre um pouco as consultas, o pior é nas vagas” (CSUM-7).

“Para marcar consulta também ainda demora muito tempo. Se estamos mesmo a precisar, temos de vir para vagas e aí ficamos mais doentes com o tempo de espera...” (CSUM-11).

O custo da medicação foi outra das barreiras referidas pelas pessoas idosas do CSU (homens, n-4 e mulheres, n-1) e do CSR (homens, n-2 e mulheres, n-2). Segundo estas pessoas, a medicação é pouco comparticipada o que afecta o orçamento familiar, uma vez que as reformas são muito baixas. Um dos participantes referiu que não cumpria as indicações médicas porque a medicação é muito cara.

“Tenho, é de tomar o medicamento para andar controlado. Mas em vez de tomar um todos os dias como o Dr. mandou, tomo um dia sim dia não, porque é um medicamento muito caro. Ando sempre com cuidado, mal sinta os sintomas tenho de tomar a medicação” (CSUM-4).

“Bem os medicamentos, esses sim são muito caros e pouco comparticipados. Essa é mesmo a maior dificuldade. A reforma é pequenina e vai uma grande parte para medicamentos (meus e do meu marido)” (CSRF-5).

“Nada de grave, na saúde temos de nos cuidar...os remédios são um pouco caros, mas têm de ser comprados, é uma prioridade” (CSRF-6).

É no entanto importante salientar, o facto dos medicamentos genéricos terem passado a ser gratuitos para as pessoas idosas, no período em que as entrevistas foram realizadas.

O custo do tratamento foi apenas referido por algumas pessoas idosas de ambos os centros de saúde. Este custo está directamente relacionado com outra barreira relatada pelos participantes, que é a falta de especialistas no CSU (homens, n-2 e mulher, n-1) e no CSR (homens, n-4 e mulheres, n-3), obrigando-os a recorrer a serviço de saúde privado. Os participantes pertencentes ao CSR são os que mais referem a falta de especialistas como barreira. Uma pessoa idosa culpabiliza os políticos por esta falta de resposta.

“A falta de médicos especialistas também não ajudam, tenho de pagar e ir ao particular sempre que é necessário” (CSRM-1).

“A falta de especialistas. O especialista do coração é privado, pago bastante... e podia ter acesso gratuito aqui... bem no hospital é gratuito, mas aconselharam-me este porque é o melhor...” (CSRM-7).

“Os políticos deviam olhar pela nossa saúde. Temos bons médicos, mas não são suficientes. Há falta de especialistas nos centros de saúde (dentistas, oftalmologistas e outros), os medicamentos são caros. Enfim, isto tem vindo a melhor, mas ainda faltam muitos recursos” (CSRF-9).

Segundo as pessoas idosas deste estudo, a inexistência de um sistema de senha faz com que as pessoas passem à frente uns dos outros nas filas de atendimento. Outra barreira menos expressiva é a falta de preparação para o atendimento que também se reflecte no tempo de atendimento.

“...depois é uns a querer passar à frente dos outros... havia de haver um sistema de tirar um ticket, éramos atendidos por ordem. Na minha idade, não me permite estar de pé à espera de ser atendido. Pessoas novas sempre a tentar passar à frente. Isto não foi sempre assim” (CSUM-4).

“O atendimento melhorou. As pessoas são mais atenciosas, falam-nos a olhar nos olhos. Ajudam-nos a tirar dúvidas. Mas ainda falta muita coisa, comparado com Inglaterra, o serviço de saúde tem muito que aprender. Tanto na redução do tempo de espera, como na forma de atendimento” (CSUF-1).

Outro dos aspectos exposto como barreira é a forma de abordagem por parte de alguns funcionários. Essa barreira não é referida como tendo ocorrido com as pessoas idosas desse

estudo, mas com outras atendidas nos centros de saúde. Relacionado com esse aspecto, encontra-se a falta de atenção, mencionada apenas pelas mulheres do CSU (n-2) e do CSR (n-1) e a falta de simpatia, que é referida por ambos os sexos tanto no CSU (homens, n-2 e mulheres, n-2) como no CSR (homem, n-1 e mulheres, n-2).

“As pessoas que estão no atendimento deviam ter mais atenção, principalmente com as pessoas mais velhas. Com as pessoas de idade haviam de ter mais respeito. Elas deviam ter mais atenção e lembrarem-se que as pessoas de idade já passaram por muito e que todos nós vamos para velhos...mas ainda assim, as vezes esquecem-se (enfermeiras) de que somos humanos e deviam falar com mais humildades, serem menos frias e não darem ordens. Porque o tom faz muito ao caso” (CSUF-1).

“Mas há aqui um Dr. muito mal-encarado, não é meu, mas os doentes dele não gostam nada do atendimento. Ele berra que eu já ouvi aqui no corredor” (CSR-2).

“Às vezes, na recepção são um bocadinho “ásperas” (a falar). Elas também tem de aturar muitas reclamações, depois ficam um bocadinho nervosas e respondem menos bem. As pessoas também não ajudam, ficam nervosas e depois os outros sofrem as consequências” (CSUF-5).

“Às vezes, as enfermeiras mudam, uma ou outra enfermeira é mais “respondona”: “Está com pressa, mas vai ter de esperar”... mas para mim está tudo bem. Eu respondo bem e elas acalmam” (CSUF-6).

“Mas já reparei que existem algumas funcionárias menos simpáticas e que não respeitam os mais velhos. Mas nunca aconteceu comigo” (CSUF-8).

Em relação à estrutura física, alguns utentes do CSU (homens, n-2 e mulheres, n-2) salientam o facto de elas serem envelhecidas e do acesso ser realizado pelas escadas. Apenas um homem do CSR relata que, apesar de o centro ser novo, não tem cadeiras suficientes para todos os utentes.

“As Instalações, não são novas, mas servem perfeitamente, como fico sempre neste piso, só subo meia dúzia de escadas lá fora” (CSUM-2).

“As consultas da Dra. são no piso de cima. Custa um pouquinho subir. Mas eu agarro-me ao corrimão. Esse problema nem se põe. Não é grave” (CSUM-4).

“Os lugares de espera também não muitos... já tive de ficar de pé até pedirem a uma jovem para me ceder o lugar, mas não gosto de ter de fazer isso. Este centro é novo e isso podia ter sido pensado” (CSR-7).

As Barreiras apenas mencionadas pelas pessoas idosas do CSU foram: a distância que percorrem para aceder a um médico especialista (homem, n-1 e mulher, n-1), a falta de local de estacionamento (homens, n-3) e de estacionamento gratuito (homens n-1) e o custo dos transportes (homem, n-1), devido a baixa reforma. O tempo de espera prolongado é mencionado (homens n-4). Um utente manifesta, ainda, receio de que o centro de saúde seja privatizado.

“Também tenho de ir à cidade ao lado para consulta de especialista, isso também podíamos ter cá” (CSUM-13).

“Venho sempre de carro, é muito difícil para conseguir estacionamento. Uma vez, com uma máquina rapei os dedos, vim só com uma mão até ao centro de saúde e não tinha onde estacionar. Tinha um garrote para o sangue não sair mais. Eu sozinho em casa,

ela (a esposa) não estava, chego ao pé do Centro de Saúde para estacionar o carro, só com uma mão e, afinal, tive de ir estacionar o carro longe, não tinha estacionamento à porta” (CSUM-4).

“A maior dificuldade que eu encontro é mesmo o tempo de espera para ter consulta, que ainda demora um bocadinho...e também a falta de estacionamento gratuito aqui na frente” (CSUM-10).

“O preço do autocarro é que não está bem, é muito caro. Com a minha reforma, não dá para muito” (CSUF-8).

As barreiras apenas relatadas pelos participantes pertencentes ao CSR foram: o tempo de espera prolongado (homens n-3 e mulheres n-4), a falta de transportes (mulher n-1), relacionado com os poucos horários existentes. O horário de atendimento do centro de saúde (mulher n-1), que poderia ser alargado e a falta de profissionalismo/competência de enfermeiros(as) (homem, n-1).

Hospital, porque as dores lombares tornaram-se insuportáveis e já eram 11 horas da noite...aqui perto não há nada aberto a essa hora...” (CSRF-13).

“O horário dos autocarros é mau, fizeram o centro mas não aumentaram os transportes...” (CSRF-8).

“A falta de profissionalismo de alguns enfermeiros (as), que acham que são funcionários públicos e podem só fazer o que querem. Estão mal habituados (as). Acho que os (as) enfermeiros(as) deveriam ser mais competentes, não estou a falar da minha, que essa é excelente como já disse. Mas se ela ficar doente e eu precisar desse serviço, acho que morro...” (CSRM-14).

As barreiras descritas são obstáculos no acesso aos cuidados de saúde. Como podemos constatar, neste estudo, elas são de origens bem diversificada. No CSR, a que tem mais impacto é o tempo de espera para obter nova consulta. Em ambos os centros de saúde, o tempo de espera para o atendimento é referido como um factor ainda a ser melhorado, apesar de ter vindo a diminuir significativamente nos últimos anos.

Com base nos resultados, no referencial e estudos da literatura, passamos seguidamente à discussão dos resultados.

6. DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento apresenta-se como um dos maiores desafios da humanidade, tanto do ponto de vista demográfico como epidemiológico. Neste processo é fundamental o acesso aos cuidados de saúde efectivos para uma melhoria da qualidade de vida. A compreensão da realidade vivida pelas pessoas idosas, participantes neste estudo, e das barreiras com que se defrontam no acesso ao centro de saúde, permite-nos entender as suas percepções sobre o quotidiano do centro de saúde, as suas experiências e expectativas.

As *características contextuais* são determinantemente importantes no acesso aos cuidados de saúde e actuam no agregado em detrimento do individual. Neste sentido, verificamos recentemente transformações estruturais nas políticas de saúde em Portugal, com mudanças no funcionamento e organização dos serviços de saúde. A criação do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, publicado em 2006, foi um importante passo em Portugal. Assim, é ainda prematura qualquer avaliação destas mudanças e das suas implicações no acesso aos cuidados de saúde das pessoas idosas. Há, no entanto, indícios na literatura portuguesa de benefícios em saúde para os portugueses (Santana, 2000) e melhoria no acesso aos cuidados de saúde, ao longo dos anos (Onsa, 2002; Campos, 2008).

Os centros de saúde, deste estudo, enquadram-se nas características contextuais e constituem-se na porta de entrada para o sistema público de saúde. O centro de saúde urbano e rural atendem em média 26 479 utentes e 4 445 utentes respectivamente. Os utentes do centro de saúde rural até há quatro anos atrás eram utentes do centro de saúde urbano. O número de atendimento destes centros encontra-se aquém do apontado pela literatura portuguesa. A média de atendimento assinalada por cada centro de saúde é de 28 000 pessoas, no entanto existem situações díspares no número de atendimento, que vai de 5 000 a 100 000 (Simões, Barros, 2007).

Relativamente às características gerais dos centros de saúde deste estudo, os dados obtidos através da observação e das entrevistas com as pessoas idosas evidenciam algumas limitações na estrutura física do centro de saúde urbano, bem como na organização e funcionamento do serviço e no número de médicos(as) e de especialistas de ambos os centros de saúde.

Os utentes do CSU mencionaram como limitações na estrutura física, a existência de algumas escadas que dificultam o acesso de pessoas com dificuldades de movimentação, salientando o facto de não lhes afectar directamente por ser recente a construção do edifício do CSR, não se destacaram limitações na estrutura física. Somente, uma pessoa idosa referiu a inexistência de cadeiras suficientes para todos os utentes na sala de espera.

A organização e funcionamento dos centros de saúde, o número de recursos humanos para o acolhimento dos utentes são focos de limitações. A exemplo disso podemos referir:

segundo os participantes deste estudo pertencente ao CSU, a inexistência de um sistema de senhas, faz com que as pessoas passem à frente umas das outras nas filas de atendimento e em pé. O horário de funcionamento, referido pelos utentes do CSR, que após as 20 horas e nos fins-de-semana, têm de se dirigir a um hospital fora da sua localidade para serem atendidos. O tempo para marcação de nova consulta e o tempo de espera dos utentes no centro de saúde até serem atendidos pelo médico, é referido pelos participantes de ambos os centros de saúde como indicativos de falta de organização. Deste modo, um centro de saúde em que os utentes esperam muito tempo na sala de espera até serem atendidos, não oferece boas condições de acesso no que diz respeito à dimensão da organização.

O número insuficiente de médicos(as) de família, referido pelos utentes do CSR e a ausência de especialistas em geriatria em ambos os centros de saúde, comprometem a qualidade dos cuidados de saúde e a prevenção da doença, lacunas importantes nos cuidados desenvolvidos. Em decorrência, aumenta, por exemplo, o atraso na realização de diagnósticos e prolongam-se os períodos de tratamento e recuperação. Com base em Simões e Barros (2007), estes centros de saúde não dão respostas adequadas às necessidades de saúde da sua população, no que se refere a: promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, através do planeamento e prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade. As situações de maior risco ou de vulnerabilidade na saúde são, assim, a prioridade do procedimento. Consequentemente, a promoção do envelhecimento activo, proposto pela OMS (WHO, 2002) e pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Portugal, MS, DGS, 2006) fica aquém da sua finalidade.

Com base no modelo de Andersen (1995, 2008), as *características individuais* estão divididas em factores predisponentes, factores capacitantes e necessidades de saúde. Os *factores predisponentes* são pouco relevantes neste estudo, uma vez que os(as) participantes já se encontram inseridos(as) no sistema de saúde. É importante salientar que as pessoas deste estudo são idosas e todas frequentam o centro de saúde antes dos 65 anos de idade. A ausência de seguro de saúde em consequência do baixo rendimento é igualmente um factor predisponente importante para as pessoas procurarem os cuidados de saúde primários dos centros de saúde, que são gratuitos.

Os *factores capacitantes* são os recursos disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde. Neste estudo, os factores capacitantes são: a gratuidade do sistema de saúde pelo facto das pessoas possuírem baixo rendimento familiar, de todas as pessoas idosas aqui representadas disporem de médico de família (fonte regular de cuidado), residência próxima ao centro de saúde, tanto as pertencentes ao CSU como as pertencentes ao CSR. O acompanhamento familiar é outro factor capacitante pois a maioria dos participantes pertencentes a ambos os centros de saúde dispõe deste apoio, sentindo-se mais seguras e amparadas. A facilidade do uso de transporte público é apenas referida pelas pessoas idosas do CSU, as quais têm acesso a

transportes várias vezes ao dia e com ponto de paragem próximo do centro de saúde. Os factores incapacitantes detectados são: o baixo rendimento que dificulta a compra dos medicamentos, a baixa escolaridade e a falta de organização do centro de saúde, com consequente dificuldade de agendamento das consultas e o longo tempo de espera para serem atendidos. Estes aspectos são mencionados pela maioria dos participantes de ambos centros de saúde. A dificuldade de utilização de transporte público para aceder aos serviços de saúde abordada somente pelos utentes do CSR.

As *necessidades de saúde*, outra dimensão das *características individuais*, englobam as condições de saúde diagnosticadas por profissionais de saúde e percebidas pelas pessoas (Andersen, 1995, 2008). Todas as pessoas idosas apresentam algum tipo de doença crónica diagnosticada, característica da população desta faixa etária, e que determina a sua frequência ao centro de saúde. Esta frequência, por sua vez, ajuda-as a avaliar melhor as suas condições de saúde, o que está em conformidade com Noronha e Andrade (2001). O problema de saúde avaliado com mais incidência nas pessoas idosas do CSU foi a hipertensão, já no CSR foi a diabetes e os problemas cardiovasculares. Nas pessoas idosas do sexo masculino, os problemas mais avaliados foram a diabetes, já no sexo feminino foram a hipertensão e o reumatismo. Todas as pessoas idosas que participaram neste estudo apresentam problemas de saúde e por essa razão necessitam de cuidados apropriados.

A capacidade das pessoas idosas para executarem as suas actividades de vida diárias, básicas e instrumentais, reflecte-se na forma como percebem as suas condições de saúde. A maioria destas pessoas encarou o seu estado de saúde como instável, precisamente pelas restrições impostas pela doença. Somente uma pessoa de cada centro de saúde, do sexo masculino, considerou que se sentia bem e duas participantes do sexo feminino mencionaram satisfação, apesar dos problemas de saúde. No CSU uma pessoa do sexo feminino referiu ter saúde fraca. Somente um dos participantes masculino do CSU se considerou um privilegiado por ter chegado aos 80 anos, mesmo com os seus problemas de saúde. Convivem, assim, com condições instáveis, alternando dias melhores e dias piores, com o agravamento dos problemas de saúde. Reconhecem que, por serem condições crónicas, não conseguirão suprimi-las, mas podem viver com uma melhor qualidade de vida tendo o apoio dos cuidados de saúde formais.

A categoria *comportamentos de saúde* abrange o uso do serviço de saúde e as práticas de cuidado em saúde (Andersen, 1995, 2008). O *uso do serviço de saúde* inclui: o tipo de cuidado, tipo de serviço, os tipos de problemas da saúde e o intervalo de tempo entre um atendimento e outro. O motivo do uso do centro de saúde para a totalidade das pessoas idosas de ambos os CS, é a doença, expressa nas queixas de saúde. Segundo Ramos e Lima (2003), em relação à classe social, a literatura demonstra que as pessoas mais pobres tendem a procurar os

serviços de saúde quando o seu estado de saúde é pior, necessitando de um tratamento mais intensivo.

A média de utilização de centros de saúde pelas 30 pessoas idosas deste estudo é de 46 anos. As mulheres e homens utilizam o CS em média há 46 e 47 anos, respectivamente. Embora os centros de saúde públicos em Portugal tenham surgido na década de 1970, anteriormente, já existia o “posto médico”, que era utilizado por esta população. No entanto, o centro de saúde rural, por ter sido criado recentemente, atende as 15 pessoas idosas inscritas neste centro em média a três anos. A frequência das pessoas idosas ao CS é idêntica em ambos os centros. Contudo, as pessoas idosas do sexo masculino apresentam uma maior frequência ao CS, que varia de duas a seis vezes ao ano. Já a frequência do sexo feminino ao CS varia de uma a quatro vezes ao ano. A frequência ao CS é idêntica em ambos os centros, as pessoas idosas do sexo masculino frequentam o CS com mais intensidade, a qual varia de duas a seis vezes ao ano já o sexo feminino frequenta, de uma a quatro vezes ao ano. O depoimento dos homens demonstra uma maior preocupação com a sua saúde. Tal como refere o estudo de Assis, Villa e Nascimento (2003), o acesso das pessoas deste estudo ao centro de saúde é focalizado e selectivo para responder aos problemas de saúde. Ou seja, não há ainda uma cultura de promoção da saúde, de envelhecimento activo. Os centros de saúde também demonstram limitações neste campo, o que acaba por reforçar o comportamento curativo dos(as) utentes. Estes resultados estão em sintonia com os estudos que apontam para a necessidade de saúde enquanto factor mais importante para explicar o acesso (Travassos, Viacava, 2007). Têm no entanto, vindo a ser introduzidas alterações nos modelos organizativos e de financiamento dos cuidados de saúde primários, através da criação de “Unidades de Saúde Familiares” e equipas multidisciplinares (Simões, Barros, 2007; Campos, 2008). O baixo rendimento também é apontado na literatura como um elemento que colabora para que as pessoas procurem o serviço de saúde quando os seus estados de saúde estão agravados (Travassos et al., 2000).

As práticas de cuidado de saúde abarcam não só os procedimentos desenvolvidos nas consultas, como a realização de exames de diagnóstico, prescrições, orientações e educação em saúde, bem como o comportamento dos(as) profissionais na interacção e comunicação profissional-utente. Considerando o grande foco na abordagem curativa, as pessoas idosas de ambos os centros referiram a predominância de procedimentos de avaliação / diagnóstico e prescrição de medicamentos. Em menor proporção, aparecem as informações sobre os problemas de saúde e os cuidados que devem ter para manterem o controlo sobre estes problemas. Distinguem, nesta subcategoria, as relações estabelecidas com os(as) médicos(as), considerando como aspectos importantes, *o tratar, o respeito, a simpatia, a comunicação e as informações recebidas*. Os(as) enfermeiros(as) foram considerados(as) simpáticos, revelando preocupações com a saúde das pessoas idosas. Da mesma forma são caracterizados como: *bem encarados, disponíveis, atenciosos, cuidadosos e prestáveis*. As relações com as recepcionistas

foram menos destacadas, mas igualmente valorizadas através de atributos como: *óptimas, muito simpáticas, bastante atenciosas, tratam bem, fornecem informações, são profissionais*. Deste modo, o acolhimento pelos(as) profissionais de saúde é considerado o aspecto mais importante na categoria dos comportamentos de saúde.

Relativamente aos *resultados de saúde*, estes incluem os *efeitos de saúde percebidos e avaliados* e a *satisfação obtida com esses cuidados*. Neste estudo, os efeitos avaliados pelos profissionais de saúde são mais valorizados pelas pessoas idosas do CSR. Os homens de ambos os centros de saúde foram os que mais valorizaram os efeitos avaliados quando comparados com as mulheres idosas. Também os homens parecem perceber mais as suas condições de saúde do que as mulheres. As pessoas idosas do CSR são quem mais destacam os efeitos percebidos. Todavia, todas as pessoas idosas sentem-se melhores com os cuidados de saúde. Os efeitos avaliados e percebidos aparecem interligados neste estudo, uma vez que ambos são assimilados por estas. Estes cuidados, revelados, em grande parte, nas avaliações diagnosticadas das suas condições de saúde e no incentivo dos(as) profissionais, contribuem para uma maior tranquilidade e segurança destas pessoas e mantém a esperança de alcançarem melhorias na saúde.

Na categoria *satisfação das pessoas idosas* destaca-se o acolhimento dos(as) médicos(as), dos(as) enfermeiro(as) e dos(as) outros funcionários de saúde. Já em menor proporção, foi valorizado pelas mulheres de ambos os centros de saúde a comunicação/informação. Por outro lado, a atenção foi mais valorizada pelas mulheres do CSU e pelos homens do CSR. O ser bem tratado e com respeito foi mais referido pelo sexo feminino do CSR, já a disponibilidade foi mais destacada pelas pessoas idosas do sexo masculino de ambos os CS. A simpatia foi mais referida pelos participantes de ambos os sexos e com mais incidência no CSR. A satisfação foi expressa, ainda, pelas pessoas idosas do sexo masculino, sendo valorizados os bons profissionais com competência na prestação de cuidados. Tal como no estudo de Ramos e Lima (2003), o acolhimento e a competência profissional são factores importantes e geradores de satisfação por parte de utentes. De um modo geral, todas as pessoas estão satisfeitas com o atendimento dos serviços de saúde. Esta satisfação faz com que aguentem a espera, muitas vezes prolongada, para serem atendidas. A diminuição do tempo de espera e a melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados são aspectos mencionados como geradores de satisfação pelos homens de ambos os centros de saúde.

As *barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários* constituem-se nas limitações que as pessoas deste estudo encontram para terem um atendimento adequado. As barreiras encontradas pelos participantes de ambos os centros de saúde foram: estrutura física inadequada, mencionada pela maioria das pessoas idosas de ambos os sexos e pertencentes ao CSU; o custo da medicação, que é pouco comparticipada pelo Estado e que por sua vez afecta o

rendimento familiar, assim como o custo do tratamento provocado pela falta de especialistas de saúde, mais referido pelas pessoas idosas do sexo masculino.

As barreiras encontradas pelas pessoas idosas pertencentes só ao CSU foram: a distância que percorrem para aceder ao CS; falta de locais de estacionamento e de estacionamento gratuito; custo dos transportes públicos; baixa reforma e o tempo de espera para a consulta. Todos estes factores referidos foram mais evidenciados pelas pessoas idosas do sexo masculino. Já as barreiras encontradas pelos participantes do CSR foram: tempo de espera prolongado para obter nova consulta; falta de transporte público relacionada com os poucos horários existentes; o horário de atendimento do centro de saúde, mais salientados pelas pessoas idosas do sexo feminino, e a falta de profissionalismo e competência de alguns enfermeiros para o acolhimento, mais referida pelas pessoas do sexo masculino.

Considerando o exposto, podemos dizer que o *acesso potencial* aos cuidados de saúde primários é favorecido pela gratuidade do sistema de saúde, pelo facto dos utentes residirem perto do serviço de saúde, por terem um médico de família (fonte regular de cuidado) e pela facilidade de transporte. Os factores que dificultam o *acesso potencial* são: baixo rendimento que dificulta a compra dos medicamentos (principalmente se não forem genéricos) o uso de transporte público e ainda a dificuldade em aceder a especialidades médicas inexistentes nos centros de saúde, obrigando-os a recorrer a clínicas privadas. Outras dificuldades encontram-se na baixa escolaridade das pessoas deste estudo, na falta de organização dos centros de saúde e na consequente dificuldade de obtenção de novas consultas num curto período de tempo. A falta de competência de alguns funcionários (enfermeiros(as) e recepcionistas) para o acolhimento acaba por gerar sensações de desconforto que dificultam o acesso potencial. Contudo, as pessoas já se encontram inseridas no serviço de saúde, o que nos remete aos aspectos relativos ao *acesso realizado*.

No *acesso realizado* destacamos como aspectos positivos: a gratuidade dos cuidados de saúde primários referido por todos os participantes deste estudo; o acolhimento dos profissionais - médicos(as), enfermeiros(as) e recepcionistas - mais referido pelos homens e com maior incidência no CSR e a competência médica, mais relatada pelas mulheres. Os aspectos negativos do acesso realizado, detectados neste estudo, são: a ausência de médicos(as) especialistas em ambos os CS; dificuldade de organização do serviço; limitações na estrutura física e distância percorrida para aceder a um especialista. Estes aspectos foram apenas mencionados pelas pessoas do CSU. A falta de profissionais de saúde, no que diz respeito ao CSR, reflecte-se no aumento do tempo de espera de atendimento, levando os utentes a perder muitas horas na sala de espera. A estrutura física inadequada, embora mencionada, não é ressaltada neste contexto, uma vez que as pessoas deste estudo referem que essa questão não as afecta directamente. No entanto, a distância percorrida para aceder a um médico especialista, após se obter no centro de saúde o documento para a primeira consulta de especialidade num

hospital, é apontado como um factor negativo, visto ser necessário a deslocação a outra cidade para obter esse cuidado.

O *acesso efectivo* é favorecido pelo facto das pessoas idosas se sentirem melhores com a obtenção de cuidados de saúde e revelarem a sua satisfação com os (as) profissionais envolvidos(as) neste cuidado. No entanto, há inumeráveis aspectos a serem melhorados para que o acesso seja plenamente efectivo e que se encontram expressos nas barreiras mencionadas pelas pessoas quando frequentam o serviço de saúde, representadas como causas de insatisfação. O acesso efectivo favorece o *acesso eficiente*, ou seja, a melhoria das condições de saúde e a satisfação aumentam o consumo dos cuidados de saúde primários. Nesta perspectiva, um indicador importante do *acesso eficiente* é o tempo de frequência do centro de saúde, uma média de 48 anos nas pessoas idosas deste estudo.

As pessoas idosas deste estudo sofrem as consequências da pobreza e dos baixos padrões de vida, o que as coloca como grupo vulnerável. Esta vulnerabilidade é agravada pelas dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários, em consequência dos problemas estruturais, de organização e funcionamento do CS. Estes dados são sustentados por vários estudos da literatura (Silva, 1998; Noronha, Andrade, 2001; Travassos et al., 2000; Andersen et al., 2002; Assis, Villa, Nascimento, 2003; Ramos e Lima, 2003; Brown et al., 2004; Krushel, Vittinghoff, Haas, 2008; CSDH, 2008). Assim, é fundamental garantir o acesso efectivo e eficiente aos cuidados de saúde primários a este grupo populacional, para que obtenham uma melhor qualidade de vida, conseguindo atingir o máximo de vida activa na comunidade, junto da família e com o maior nível de autonomia e independência possíveis.

O acesso a cuidados de saúde primários de boa qualidade decorre da implementação, gestão e avaliação efectiva e contínua da promoção do envelhecimento activo, proposto pela OMS (WHO, 2002) e pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Portugal, MS, DGS, 2006). Deste modo, é necessário garantir a “... *promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida; a maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e interdependência das pessoas idosas*” (Portugal, MS, DGS, 2006, p. 15). É necessário de igual modo que os centros de saúde cumpram plenamente o seu objectivo, que é o de responder às necessidades de saúde da sua população, no que se refere a: promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, através do planeamento e desenvolvimento de cuidados às pessoas, famílias e comunidades (Simões, Barros, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objectivo geral explorar o acesso de um grupo de pessoas idosas pobres de dois centros de saúde da região do Porto, sendo que um se encontra localizado numa zona urbana e outro numa zona rural, sendo este último, uma extensão do primeiro. Teve como referencial de análise o modelo comportamental de uso de serviço de saúde de Ronald Andersen (1995, 2008). Os resultados apontam para os vários factores que favorecem o *acesso potencial* das pessoas idosas aos cuidados de saúde primários, nomeadamente, a gratuidade do sistema de saúde, a residência próxima ao serviço de saúde e a oferta de uma fonte regular de cuidados, em ambos os centros de saúde. A facilidade de transporte favorece de igual modo o *acesso potencial* dos utentes do CSU. Contudo, estes resultados também demonstraram outros factores que dificultam o *acesso potencial* nos dois centros de saúde. São eles: o baixo rendimento, que dificulta a compra dos medicamentos; o acesso a especialistas privados; a baixa escolaridade das pessoas idosas e a falta de organização do CS (falta de mecanismos efectivos de agendamento das consultas e de organização das consultas, o que predispõe um longo tempo de espera para o atendimento dos utentes). Por fim também se regista a dificuldade de horários de transporte público e o longo período de tempo para a obtenção de nova consulta, principalmente no CSR.

O *acesso realizado* dá-se ainda com alguma dificuldade, tendo em vista que o número de factores negativos é idêntico aos positivos. Os factores positivos encontrados em ambos os CS são: a gratuidade dos cuidados de saúde primários, o acolhimento dos profissionais - médicos(as) e recepcionistas - e a competência médica. Os aspectos negativos do acesso realizado detectados são: as limitações na estrutura física e a falta de organização do serviço, ambos mais salientados pelos participantes do CSU. Estes factores são do domínio do sistema de saúde e podem ser melhorados através de uma gestão e avaliação mais efectiva dos cuidados de saúde primários.

Através da observação livre foi possível verificar que muitos dos aspectos mencionados pelas pessoas idosas deste estudo têm vindo a melhorar efectivamente nos últimos meses nos dois centros de saúde, nomeadamente no que diz respeito ao tempo de espera prolongado para serem atendidos e na organização das consultas. No entanto, o tempo para obtenção de nova consulta ainda é muito longo, provavelmente derivado à falta de médicos(as), principalmente no CSR. Também no que se refere à estrutura física, o CSU foi alvo de reestruturação exterior nos últimos meses. Relativamente à comparticipação da medicação, este ano (2009) a medicação genérica passou a ser gratuita para a população idosa mais carenciada.

Embora reconheçam que não haja cura para os problemas crónicos de saúde, as pessoas deste estudo sentem-se melhores com os cuidados de saúde e expressam satisfação com os(as) profissionais envolvidos(as) neste cuidado, o que parece favorecer o *acesso efectivo*. Contudo,

as barreiras no acesso, destacadas pelas pessoas idosas, apontam para os inúmeros aspectos a serem melhorados para a efectividade dos cuidados de saúde primários. De certo modo, as necessidades de saúde são determinantes valorizadas para que as pessoas procurem o serviço de saúde. Estas necessidades, somadas às suas dificuldades financeiras, não lhes deixa outra alternativa, que não a de usar o serviço disponível e gratuito, o que se realiza, há mais de 46 anos. Estes factores parecem contribuir, em parte, para a eficiência do serviço, uma vez que a percepção das condições de saúde e de satisfação das pessoas idosas mantém-nas há um longo período como consumidoras dos cuidados de saúde primários. Neste sentido, é preciso destacar o papel importante do acolhimento dos(as) profissionais e da competência médica para o acesso eficiente.

As pessoas idosas deste estudo sofrem as consequências da pobreza e dos baixos padrões de vida, agravadas pelas dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários, em decorrência dos problemas estruturais, de organização e funcionamento do centro de saúde.

Boa saúde é essencial para que as pessoas, em especial as mais idosas, possam manter uma qualidade de vida aceitável permitindo-lhes continuar a assegurar os seus contributos na sociedade (WHO, 2001). Consequentemente, as políticas governamentais, dependendo de sua natureza, podem melhorar ou piorar a saúde e a igualdade em saúde (CSDH, 2008). É de extrema importância diminuir a desigualdade no acesso aos serviços de saúde para as pessoas, especialmente os grupos vulneráveis e com pobres condições de saúde, obterem maior qualidade de saúde.

Cabe aqui ressaltarmos as limitações deste estudo. O facto de ter sido realizado somente em dois centros de saúde e com um grupo limitado de utentes inviabiliza a generalização dos resultados aqui encontrados. Deste modo, novos estudos são requeridos, através de abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas, bem como em diferentes centros de saúde das diferentes regiões de Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1974). A Framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*, 9, 208-20.
- Almeida, M. L. F. (1999). Cuidar o Idoso: revelações da prática de enfermagem. In: Costa, M. A. M., Agreda, J. J. S. e Ermida, J. G. *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 63-92.
- Andersen, R. M. & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Men Fund*, 51, 95- 124.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health Soc Behave*, 36, 1-10.
- Andersen, R. M., et al. (2002). Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? *Medical Care*, 59: 4, 384-411.
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46:7, 647-53.
- Assis, M. M. A., Villa, T. C. S. e Nascimento, M. A. A. (2003). Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construído na prática. *Ciência de Saúde Colectiva*, 8:3, 815-23.
- Atkinson, A. B. (1998). *Pobreza na Europa*. London: Blackwell Publishers.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. e Pires, S. (2000). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio profissional*. Coimbra: Faculdade de Economia de Coimbra.
- Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. (1999). *As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987 – 1996*. [consult. a 18 Junho 2005]. Disponível em URL: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/apesjan 99.pdf>
- Bourdieu, P. (1984). *Homo Academicus*. Paris, Ed. Minuit.
- Brow, E. R., et al. (2004). Effects of community factors on access to ambulatory care for lower-income adults in large urban communities. *Inquiry*, 41, 39-56.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Commission on Social Determinants of Health – CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Correia, E. (16 de Outubro, 1997). A Mercantilização da Saúde. “*Avante!*” n.1246. Obtido em 31 do 11 de 2007. [Http:// www.pcp.pt](http://www.pcp.pt).
- Corte-Real, I. (2006). *Ética, justiça e equidade no sistema de saúde: Opinião*.

Diamant, A.L., et al. (2001). Assessing use of primary health care services by very low-income adults in a managed care program. *Arch. Intern. Med.*, 161, 15-8.

Diamant, A.L., et al. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American Journal of Public Health*, 94:5, 783-9.

Europa, Eurostat (2005). *Living condition in Europe: recites 2002-2005*. Collection: Tableaux détaillés, Commission Européenne, Eurostat, Luxembourg.

European Observatory on health Care Systems (1999). *Health care systems in transition: Portugal 1999*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems/WHO.

Figueiredo, M. A. C. e Provinciali, R. M. (2006). *HIV/aids em pessoas idosas. Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento*. Obtida em [www. aidscongress.net](http://www.aidscongress.net).

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção á realização*. Loures: lusociência.

Gordihho. A., et al. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milénio pelo sector saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ.

Groisman, D. (2002). *Oficinas terapêuticas para idosos com demência*. Rio de Janeiro: IPUB, (No Prelo). In: Santana, R. (2003). Textos Envelhecimento v.6 n.1 Rio de Janeiro.

Hoskins, I., Kalanche, A. & Mendes, S. (2005). Hacia uma atención primaria de salud adaptada a lãs personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 5/6, 444-451.

Instituto Nacional de Estatística – INE, (1999). *As Gerações mais idosas*. Série de Estudos n. 83. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística – INE, (2002). Censos 2001 – *Resultados Provisórios*, Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Leininger, M. (2007). Critérios de avaliação e de crítica de estudos de investigação qualitativa. In: MORSE, J. M. (Org) – *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau, 100-121.

Krushel, M. B., Vittinghoff, E. & Haas, J. S. (2008). *Factors associated with the health care utilization of homeless persons*. JAMA, 285:2, 200-6.

Mendes, E. V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*, v.2. Salvador: Casa da Qualidade.

Miguel, J. P. e Costa, C. A. (1997). Reforma da saúde em Portugal: à procura da eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15: 2, 5-17.

Minayo, M. C. S. (2007). *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa*. 10 Ed. São Paulo: Hucitec.

Mozzicafreddo, J. (2000). *Estado - providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Negreiros, T. C. G. M. (1999). Género e Geração, reflexões sobre o contemporâneo processo de envelhecer. In: *Psicologia clínica: pós-graduação e pesquisa*, Rio de Janeiro, 11, 107-116.

Netto, P. M. (1996). *Gerontologia*. São Paulo: Ateneu.

Noronha, K. S. e Andrade, M. (2002). Desigualdade Social no Acesso aos Serviços de Saúde na Região Sudeste do Brasil. In: *Anais do X Seminário sobre a Economia Mineira Universidade Federal de Minas Gerais*, Belo Horizonte, Brasil.

Observatório Português de Sistema de Saúde – OPSS, (2001). *Relatório de Primavera: Saúde de rupturas*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Onsa e Mocados, (2001). *Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Portugal: Direcção Geral da Saúde.

Onsa, (2002). *Consumo de cuidados médicos pela população portuguesa segundo os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde desde 1987, 1995 e 1999*. Portugal: Direcção Geral da Saúde.

Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE, (2006). *Economic Surveys-Portugal 2006*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

Palermo, P. U., Portugal, M. S. e Souza, F. H. (2005). Um estudo sobre a desigualdade no acesso a saúde na região sul do Brasil. In: *Anais do fórum BNB de Desenvolvimento e X Encontro Regional de Economia do Nordeste*, Fortaleza, Brasil.

Portugal, Ministério da Saúde (1999). Acesso a serviços de saúde de qualidade. *Revista de Saúde um compromisso: A estratégia de Saúde para o virar do século (1998 - 2002)*. 67a 82.

Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216.

Portugal, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde, (2006). *Programa Nacional para Saúde das Pessoas Idosas*. MS, DRHS.

Ramos, D. D. e Lima, M. A. D. S. (2003). Acesso e Acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19:1, 7-34.

Ribeiro, M. E. (2007). Caracterização e Evolução da Pobreza em Portugal. *Grupo de trabalho - trabalho, economia, sociedade*. Portugal, 1-14.

Richardson, R. S., et al. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3.^a Ed. São Paulo: Atlas.

Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine*, 50, 1025-36.

Sen, A. K. (2000). *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Silva, M. C. T. (1998). *Health services usage in the Ribeira de Pena Concelhos of Portugal*. Ph. D. thesis. University of Exeter: Exeter.
- Silva, A. L. (2008). A pesquisa em saúde/enfermagem a serviço de populações pobres e vulneráveis: prioridade para o milénio. *Cogitare – Enfermagem*, 13:4, 15-8.
- Simões, J. A., e Barros, P.P. (2007). *Retrato do sistema de saúde*. Portugal: European Observatory.
- Travassos, C., et al. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Colectiva*. 5: 1, 133-49.
- Travassos, C. e Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 2, 190-8.
- Travassos, C., e Viacava, F. (2007). Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil 1998 e 2003. *Caderno de Saúde Pública*, 23:10, p. 2490-502.
- Trivinhões, A. N. S. (1990). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. 2ª Ed. São Paulo: Atlas.
- Veras, R. P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: saúde dos idosos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará /UERJ.
- Veras, R. P. (2001). Modelos contemporâneos no cuidado à saúde e novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população Brasileira. *Revista USP*, 51, 72-85.
- Veras, R. (2003). Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Caderno de Saúde Pública*, 19, 705-15.
- Viacava, F., et al. (2001). Género e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Relatório final de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 108.
- Villaverde, C. M, Silva A. P. e Mendes, H. (2002). *A Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, ICS, 298 páginas.
- World Health Organization - WHO (1999). Ageing – exploding the myths. Ageing and Health programme (AHE). Geneva: 1999: 1- 21; in WHO. Ageing and Life Course. Men, Ageing and Health. Achieving health across the life span. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Departament. *Ageing and Life Course Unit. WHO/ NMH/ NPH/ 01.2*. Geneva 2001.
- World Health Organization – WHO (2001). Ageing and Life Course, Men and Health. Achieving health across the life span. Noncommunicable Diseases and Mental HealthCluster. Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Departament. *Ageing and Life Course Unit WHO/NMH/NPH/ 01.2*. Geneva; Organização Mundial da Saúde.

World Health Organization – WHO. Active ageing: a policy framework. [em linha] 2002. [consult. a 20 Maio 2009]. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int/document/hea/eactagepolframe.pdf>

Wikipedia. Classificação de Graffar. [em linha] 2002. [consult. a 27 de Janeiro 2009]. Disponível em URL: "http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o_de_Graffar".

ANEXOS

ANEXO I

ÍNDICE DE GRAFFAR

Questionário

A preencher com o profissional que identifica a pessoa idosa, após verificados os critérios de inclusão do idoso na amostra.

1. Dados de Identificação do Idoso

1.1. Idade: _____ anos

1.2. Sexo: _____

1.3. Qual a Profissão exercida enquanto activo: _____

2. Classe sócio-económica do idoso(a) (Índice de Graffar, Amaro, 1990)

Classe Socioeconómica		
Classe I	[5 – 9]	Alta
Classe II	[10 – 13]	Média Alta
Classe III	[14 – 17]	Média
Classe IV	[18 – 21]	Média Baixa
Classe V	[22 – 25]	Baixa

ANEXO I (continuação)

Seleccionar classes IV e V

PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	Fonte Principal de RENDIMENTO	Tipo de HABITAÇÃO	Local de RESIDÊNCIA	Graus
Grandes empresários; Gestores de topo do sector Público e Privado (> 500 empregados); Professores Universitários; Militares de Alta Patente; Profissões liberais (curso superior); Altos Dirigentes Políticos	Doutoramento Mestrado Licenciatura	Lucros de empresas, de propriedades; Heranças	Casa ou andar luxuoso, espaçoso e com máximo de conforto	Bairro Residencial Elegante onde os valores dos terrenos ou alugueres são elevados	1
Médios empresários; Dirigentes de empresas (≤500 empregados); Agricultores e proprietários; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; Oficiais das Forças Armadas; Professores do ensino básico e secundário	Bacharelato	Altos vencimentos ou honorários ≥10 vezes o salário mínimo nacional	Casa em andar bastante espaçoso e confortável	Bairro Residencial Bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas	2
Pequenos empresários (≤50 empregados); Quadros médios; Médios Agricultores; Sargentos Equiparados	12º ano; 9 ou mais anos de escolaridade	Vencimentos certos	Casa ou andar modesto em bom estado de conservação	Ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspecto geral menos confortável	3
Pequenos agricultores e rendeiros; Técnicos Administrativos; Operários Semi-Qualificados; Funcionários Públicos e membros das Forças Armadas ou Militarizadas	Escolaridade ≥a 4 anos e < que 9 anos	Remunerações ≤ salário mínimo nacional; Pensionistas ou reformados; Vencimentos incertos	Casa ou andar degradado	Bairro Operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído em virtude da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos-de-ferro etc.	4
Assalariados agrícolas; trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	Escolaridade < que 4 anos; Analfabetos	Assistência (subsídios)	Impróprio (barraca, andar ou outro); Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	Bairro de lata	5

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título:

I- Caracterização da Pessoa Idosa

1. Nome:

2. Local de residência:

3. Sexo: Feminino () Masculino ()

4. Idade:

5. Nacionalidade: Portuguesa Naturalidade:

6. Raça:

7. Religião:

8. Estado Civil:

(.....) Solteiro () casado (.....) união de facto (.....) viúvo (.....) divorciado

9. Escolaridade:

10. Situação profissional:

11. Número de filhos e idade:

12. Número de pessoas residentes no domicílio (especificar grau de parentesco):

13. Problemas de saúde / Diagnóstico médico:

14. Seguro Saúde sim () não (). Se sim qual?

15. Renda pessoal (líquida):

< 500 Euros ()

501 ---- (1000) Euros ()

1001 ---- (1500) Euros ()

1501 ---- (2000) Euros ()

2001 ---- (2500) Euros ()

2501 ---- (3000) Euros ()

> 3000 Euros ()

16. Renda familiar (líquida):

< 500 Euros ()

501 ---- (1000) Euros ()

1001 ---- (1500) Euros ()

1501 ---- (2000) Euros ()

2001 ---- (2500) Euros ()

2501 ---- (3000) Euros ()

> 3000 Euros ()

II – Questões

1. Como é que o(a) senhor(a) considera a sua condição de saúde? (avaliação / percepção subjectiva da saúde, estado de saúde objectivo / diagnóstico médico, presença de doenças crónicas, condição de restrição de actividades habituais por motivo de doença e limitações de actividades físicas).
2. Conte-me sobre a experiência do(a) senhor(a) no acesso ao centro de saúde (Centro de Saúde)? (motivos de uso do serviço, tempo e frequência de uso do serviço, suporte familiar, tipo e volume de serviços consumidos, custo, etc.)
3. Como o(a) senhor(a) faz para ter acesso ao centro de saúde (Centro de Saúde)? (meios / recursos que dispõe para obter cuidado de saúde, fluxo para o cuidado de saúde, etc.)
4. Como o(a) senhor(a) considera o cuidado de saúde que recebe no centro de saúde (nome do centro)? (qualidade do cuidado profissional recebido, interesse de profissionais de saúde, informação de saúde fornecida por profissionais de saúde, comunicação, atenção e respeito, privacidade, etc.)
5. Quais os resultados que o senhor têm obtido na melhoria de sua saúde ao utilizar o centro de saúde (Centro de Saúde)? (grau de mudança na saúde, efeitos na saúde)?
6. Quais as facilidades que o(a) senhor(a) encontra para ter acesso ao centro de saúde (Centro de Saúde)? (proximidade, tipo de traslado, meios de transporte, recepção, informação, tempo de espera, fluxo para o cuidado de saúde, disponibilidade de profissionais / cuidado de saúde, etc).
7. Quais as dificuldades que o(a) senhor(a) encontra para ter acesso ao centro de saúde (nome do centro)? (proximidade, tipo de traslado, meios de transporte, recepção, informação, tempo de espera, fluxo para o cuidado de saúde, disponibilidade de profissionais / cuidado de saúde, etc).
8. Conte-me o que deixa o(a) senhor(a) satisfeito(a) com o cuidado de saúde recebido no centro de saúde (Centro de Saúde)?
9. Conte-me o que deixa o(a) senhor(a) insatisfeito(a) com o cuidado de saúde recebido no centro de saúde (Centro de Saúde)?
10. Gostaria de perguntar ou dizer alguma coisa que não foi colocado nesta entrevista?

Obrigada!!!!

APÊNDICE II

Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE DE AVEIRO
SECÇÃO AUTÓNOMA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Diana Marta Salgado e Sá, sou aluna do Mestrado em Gerontologia e estou a desenvolver, juntamente, com a Professora Doutora Alcione Leite da Silva uma investigação sobre “As condições de acesso de pessoas idosas de classe pobre ao cuidado de saúde em Centros de Saúde”.

Este estudo tem como objectivo: analisar as condições de acesso de pessoas idosas de classe média ao cuidado de saúde dois Centros de Saúde na região Norte de Portugal, através das vivências experienciadas pelas (as) pessoas idosas.

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar nesta investigação para nos auxiliar a descobrir quais as facilidades e dificuldades no acesso da pessoa idosa num serviço onde impera a complexidade e a especificidade. A sua participação nesta investigação consistirá em responder a perguntas sobre a sua vivência experienciada no Centro de Saúde. Não será estabelecido tempo de duração rigoroso e a sua resposta será gravada com o seu consentimento. Todas as informações fornecidas permanecerão confidenciais e serão somente usadas pelas pesquisadoras deste estudo. A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária, sem qualquer consequência para si. Esperamos que possa oferecer contribuições para melhorar a qualidade do acesso ao cuidado no serviço de saúde, como consequência de uma consciência maior sobre a experiência de acessibilidade ao cuidado de saúde em Centros de saúde.

Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que possa ter em relação a este estudo, através do contacto 9..... ou e-mail:@gmail.com

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo indicado:

Eu, _____, declaro que fui informado(a) acerca de todas as condições inerentes ao estudo a efectuar e aceito participar no mesmo de forma voluntária.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE III

Pedido de Autorização

Exmo. Sr. Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte - IP

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados.

Meu nome é Diana Marta Salgado e Sá, sou aluna do mestrado em Gerontologia, na Secção Autónoma de Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, e estou a desenvolver, sob orientação da Professora Doutora Alcione Leite da Silva, uma dissertação de mestrado com o tema “ O acesso de pessoas idosas de classe pobre ao serviço de saúde”. Ao propor como objectivo central deste estudo: Analisar as condições de acesso de pessoas idosas de classe média ao cuidado de Saúde em Centros de Saúde através das experiências vivenciadas pelas pessoas idosas, torna-se indispensável a participação dos mesmos. Por conseguinte, venho requerer, respeitosamente, à V. Exa. a autorização para realizar uma colheita de dados no Centro de Saúde da X e sua extensão, Unidade de Saúde de Y. Utilizando para esse efeito a entrevista que constará de questões semi-estruturadas sobre a temática em estudo e a observação livre. Pretendo que a realização da mesma ocorra no período compreendido entre os meses de Abril a Dezembro de 2008.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à colheita, tratamento e análise dos dados. A confidencialidade da informação obtida e o anonimato da Instituição que V. Exa. dirige e de todos os participantes serão também garantidos. A única informação publicada será agrupada e analisada. Asseguro o retorno dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os meus cumprimentos e aguardo a sua resposta.

Atenciosamente,

Peço deferimento.

Diana Marta Salgado e Sá

APÊNDICE IV

(CS URBANO)

Participante	Idade	Sexo	Nacionalidade	Raça	Religião	Estado Civil	Escolaridade	Situação Profissional	Número de Filhos	Seguro Saúde	Renda
Deolinda	65	F	Portuguesa	Branca	Católica	Viúva	4º ano	Reformada	4	Não	<500
Luís	78	M	Português	Branco	Católico	Casado	4º ano	Reformado	3	Não	>1000
Marinha	72	F	Portuguesa	Branca	Católica	Divorciada	4º ano	Reformada	3	Não	<500
Bernardino	80	M	Português	Branca	Católico	Casado	4º ano	Reformado	4	Não	<1000
Adelaide	80	F	Portuguesa	Branca	Católica	Casado	3º ano	Reformada	4	Não	<500
Benvinda	68	F	Portuguesa	Branca	Católica	Viúva	3º ano	Reformada	3	Não	<500
Jorge	79	M	Português	Branca	Católica	casado	4º ano	Reformado	6	Não	< 100
M. José	81	F	Portuguesa	Branca	Católica	viúva	3º ano	Reformada	4	Não	< 500
Manuel	70	M	Português	Branca	Católica	casado	4º ano	Reformado	2	Não	< 500
Alfredo	76	M	Português	Branca	Católica	solteiro	3º ano	Reformado	0	Não	< 500
Fernando	76	M	Português	Branca	Católica	viúvo	5º ano	Reformado	3	Não	< 500
M. Anjos	67	F	Portuguesa	Branca	Católica	casada	4º ano	Reformado	1	Não	< 500
Armando	67	M	Português	Branca	Católica	casado	4º ano	Reformado	2	Não	< 500
Ana	66	F	Portuguesa	Branca	Católica	divorciada	6º ano	Reformada	6	Não	< 500
Ermelinda	66	F	Portuguesa	Branca	Católica	Casada	5º ano	Reformada	3	Não	< 500

APÊNDICE V

(CS RURAL)

Participante	Idade	Sexo	Nacionalidade	Raça	Religião	Estado Civil	Escolaridade	Situação Profissional	Número de Filhos	Seguro Saúde	Renda
Antero	67	M	Português	Branca	Católica	casado	4 ° ano	Reformado	2	Não	<1000
Pedro	68	M	Português	Branco	Católico	Casado	4 ° ano	Reformado	2	Não	>1000
Ana	83	F	Portuguesa	Branca	Católica	viúva	3 ° ano	Reformada	6	Não	<500
Alvaro	76	M	Português	Branca	Católico	Casado	3 ° ano	Reformado	3	Não	<1000
Madalena	65	F	Portuguesa	Branca	Católica	Casada	3° ano	Reformada	5	Não	<500
Sameiro	67	F	Portuguesa	Branca	Católica	casada	4° ano	Reformada	2	Não	<500
Fernando	76	M	Português	Branca	Católica	viúvo	4° ano	Reformado	8	Não	< 100
Fátima	73	F	Portuguesa	Branca	Católica	casada	4 ° ano	Reformada	2	Não	< 500
Isaura	81	F	Portuguesa	Branca	Católica	casada	3° ano	Reformada	3	Não	< 500
Francisco	68	M	Português	Branca	Católica	casado	3° ano	Reformado	0	Não	< 500
Olinda	69	F	Portuguesa	Branca	Católica	viúva	4 ° ano	Reformada	1	Não	< 500
Rui	82	M	Português	Branca	Católica	casado	3° ano	Reformado	5	Não	< 500
Maria	68	F	Portuguesa	Branca	Católica	viúva	4° ano	Reformada	2	Não	< 500
Paulo	78	M	Português	Branca	Católica	viúvo	4 ° ano	Reformado	3	Não	< 500
Guilherme	72	M	Português	Branca	Católica	casado	4° ano	Reformado	4	Não	<500